

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:
В.о. завідувача кафедри



Олена БЛАШКОВА

«21» січня 2025р.

**«ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В
ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ»**

Кваліфікаційна робота здобувачки
вищої освіти другого
(магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми
«Практична психологія»
Федіної Валерії Володимирівни
Науковий керівник:
Деснова І.С., кандидат пед. наук,
доцент кафедри практичної психології

Рецензент:
Шпортун О. М., д. психол. н.,
професор, КЗВО Вінницька академія
безперервної освіти

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 93 А / відмінно

Секретар ЕК 
Ольга РЕБРО

«20 » лютого 2025р

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	7
1.1. Суїцидальна поведінка в підлітковому віці як психологічна проблема.....	7
1.2. Психологічні особливості прояву суїцидальної поведінки в підлітковому віці.....	18
1.3. Чинники, що впливають на формування суїцидальної поведінки в підлітковому віці.....	26
1.4. Шляхи профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці.....	33
Висновки до першого розділу.....	41
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	44
2.1. Опис експериментального дослідження.....	44
2.2. Діагностика проявів схильності до суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку.....	51
2.3. Опис тренінгової програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці	61
2.4. Результати запровадження програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці	75
Висновки до другого розділу.....	86
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	95
ДОДАТКИ.....	103

ВСТУП

Суїцидальна поведінка підлітків останніми роками дедалі частіше стає предметом наукових досліджень. Дійсно, самогубства неповнолітніх – багатогранна проблема, ця проблема завдає величезної моральної шкоди батькам, одноліткам і суспільству. Суїцидальна поведінка підлітків залишається лише з найбільш гострих соціально-психологічних проблем сучасного суспільства. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), самогубства входять до трійки провідних причин смерті серед молоді віком 15-19 років [71]. До того ж все частіше життя самогубством закінчують підлітки. Найбільша частота суїциду спостерігається у підлітків у віці 14–17 років.

В Україні проблема підліткового суїциду також виникає в критичних масштабах, що підтверджується статистичними даними: за даними Державної служби статистики України, у 2022 році рівень самогубств серед підлітків зріс на 35% порівняно з 2020 роком. Це значну міру пов'язано з посиленням стресогенних чинників, зокрема із впливом воєнних дій [3].

Підлітковий вік є критичним періодом психоемоційного розвитку, коли нервова система особливо вразлива до стресу. Чинники, що викликають високий рівень нервового напруження викликані конфліктами в сім'ї та проблемами у спілкуванні з однолітками [25], академічними навантаженнями та соціальними очікуваннями [72]; психологічними наслідками вимушеного переселення та втратою близьких під час війни [38].

Відповідно з дослідженнями науковців Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, понад 60% підлітків, які мешкають в регіонах, наближених до активних бойових дій, відчують хронічний стрес, а у 40% спостерігаються симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [23]. Це значною мірою провокує ризики виникнення суїцидальної поведінки.

Дослідження психологічних наслідків війни (О. Лопасєва [12], А. Марущак [16], О. Міненко [18], О. Осетрова [21], Дж. Хірша (J. Hirsch) [55]

та інші) свідчать, що підлітки, які перебувають у зоні активних бойових дій або змушені були покинути свої домівки, стикаються з такими проблемами: підвищена тривожність та депресивні розлади; дефіцит підтримки через розрив соціальних зв'язків; втрата відчуття безпеки та життєвої перспективи.

Воєнний стан є потужним джерелом хронічного стресу, що впливає на психологічне здоров'я підлітків. Психологи Ю. Калініна [7], І. Кондратьєва [9], С. Криницька [10], В. Лісницька [11], Г. Бонано (G. Bonanno) [38] та інші зазначають, що підлітковий вік є критичним періодом розвитку особистості, а тривале перебування в умовах невизначеності, страху та втрати близьких може суттєво підвищити ризики суїцидальної поведінки

Провідними стресогенними чинниками воєнного стану, що впливають на підлітків є *втрата безпеки та стабільності* – підлітки, що мешкають у районах бойових дій або вимушено переселені, стикаються з тривалим відчуттям небезпеки; *смерть чи розлука з близькими* – втрати родичів, друзів або навіть улюблених місць викликають глибокі психологічні травми; *руйнування звичного соціального оточення* – втрата доступу до звичних соціальних зв'язків, шкіл та дозвілля ускладнює адаптацію до нових умов; *дефіцит психологічної підтримки* – обмежений доступ до професійної допомоги та підтримки з боку сім'ї може посилювати почуття ізоляції та безвиході; *інформаційний вплив* – постійне споживання новин про війну підсилює відчуття страху, тривоги та безперспективності майбутнього [1].

Саме тому в умовах воєнного стану набуває особливої актуальності комплексний підхід до профілактики суїцидальної поведінки, що включає психологічну підтримку, інтеграцію кризових інтервенцій та розвиток навичок стресостійкості серед підлітків [40]. Запровадження комплексу профілактичних заходів дозволяє здійснити своєчасне виявлення схильності до суїцидальних думок, запобігти кризовим станам. Профілактичні заходи сприяють формуванню у підлітків навичок адаптації до стресових ситуацій, а підвищення рівня обізнаності підлітків щодо факторів суїцидального ризику дають змогу розпізнати ознаки емоційного вигорання та депресії. Створення

підтримуючого соціального середовища сприяє поліпшенню дружніх відносини з однолітками та налагодженню порозуміння з батьками, що сприяє стабілізації психічного стану підлітків. Актуальність дослідження, соціальна значущість і недостатнє його науково-теоретичне обґрунтування зумовили вибір теми нашого дослідження **«Профілактика суїцидальної поведінки в підлітковому віці»**.

Об'єкт дослідження полягає у вивченні проявів суїцидальної поведінки в підлітковому віці.

Предмет дослідження полягає в пошуку шляхів профілактики суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку.

Гіпотеза дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність запровадження тренінгової програми з профілактики суїцидальної поведінки підлітків.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні ефективності запровадження тренінгової програми з профілактики суїцидальної поведінки для осіб підліткового віку.

Відповідно до мети було визначено такі **завдання** дослідження:

- 1) здійснення аналізу поняття «суїцидальна поведінка» в науковій літературі;
- 2) визначення психологічних особливостей прояву суїцидальної поведінки в підлітковому віці;
- 3) розробка тренінгової програми з профілактики суїцидальної поведінки для осіб підліткового віку;
- 4) здійснення емпіричного дослідження суїцидальних проявів в осіб підліткового віку;

Методи дослідження: *теоретичні* – аналіз, синтез, систематизація, класифікація, порівняння, узагальнення (опрацювання теоретичних джерел із проблеми, опис процесу дослідження та узагальнення одержаних результатів) з метою систематизації теоретичних матеріалів з проблеми дослідження;

емпіричні – опитування, тестування, методи обробки та інтерпретація результатів дослідження.

Апробація та впровадження результатів емпіричного дослідження.

Матеріали дослідження відображено в таких публікаціях:

1) Федіна В. В. Актуальність запровадження закордонного досвіду профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці // *Соціально-психологічний супровід особистості в умовах інтеграції України в Європейський простір*: збірник матеріалів IV Інтернет-конференції, 22 травня 2024 року / за заг. ред. І. С. Деснова. Київ: МДУ, 2024. С. 166-169.

2) Федіна В. В. Робота психолога з профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці // *Соціально-психологічний супровід особистості в умовах інтеграції України в Європейський простір*: збірник матеріалів IV Інтернет-конференції, 22 травня 2024 року / за заг. ред. І. С. Деснова. Київ: МДУ, 2024. С. 34-37.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає в розробці та реалізації програми профілактики суїцидальної поведінки осіб підліткового віку. Програма може застосовуватися практичними психологами та здобувачами освіти спеціальності 053 «Психологія».

Структура кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст роботи викладено на 94 сторінках. У роботі містяться 7 таблиць, 23 рисунків. Додатки викладено на 8 сторінках. У списку використаних джерел 72 найменування, що охоплює 5 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

1.1. Суїцидальна поведінка в підлітковому віці як психологічна проблема

Проблематика суїциду та суїцидальної поведінки є однією з ключових у сучасній психології та психіатрії. Розуміння цих явищ потребує чіткого визначення та аналізу відповідних понять.

Поняття «суїцид» походить від латинських слів «sui» (себе) та «caedere» (вбивати) і означає свідоме та навмисне формування себе життя [21]. За визначенням Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association), суїцид – це акт самогубства, який людини здійснює свідомо та навмисно [36].

Суїцид – це свідомий акт забезпечення себе життям, який зазвичай відбувається в стані глибокого душевного потрясіння або під впливом психічних розладів [34]. Випадки, коли людина не усвідомлює своїх дій або не може їх контролювати, а також ситуації, спричинені необережністю, не відносяться до самогубств, а класифікують як нещасні випадки. Сучасний підхід до суїцидальної поведінки не розглядає її як патологічне явище. У деяких ситуаціях це притаманно психічно здоровим людям. Водночас суїцид часто інтерпретується як крайній прояв саморуйнівної поведінки, що має поступовий розвиток.

Американський психолог Едвін Шнейдман (E. Shneidman), один із провідних дослідників суїциду, визначав його як свідомий акт самознищення, спричинений нестерпним психічним болем [70]. Він виокремив десять спільних рис, характерних для всіх суїцидів, серед яких: пошук рішення, прагнення відновити свідомість, нестерпний психічний, біль фрустрації

психологічних потреб, безпорадність-безнадія, амбівалентність, звучання когнітивної сфери, втеча, комунікація про свій намір та відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю життя.

Поняття «суїцидальна поведінка» є ширшим і включає не лише завершені акти самогубства, але й інші форми активності, спрямовані на забезпечення себе життям. До суїцидальної поведінки належать: антивітальні переживання (роздуми про беззмістовність життя без явного бажання смерті); пасивні суїцидальні думки (фантазії про власну смерть без планів щодо самогубства); суїцидальні задуми (детальне планування власної смерті); суїцидальні наміри (додавання вольового компонента до планів самогубства) [20]. Ці форми поведінки можуть варіюватись від пасивних роздумів до активних дій, спрямованих на позбавлення себе життя.

Українські дослідники (А. Гірняк [4], Ю. Калініна [7], С. Криницька [10], О. Нявчук [20], О. Осетрова [21], Б. Ткач [30] та інші) також приділяють значну увагу вивченню суїцидальної поведінки. Так, в навчальному посібнику Р. Федоренко «Психологія суїциду» зазначається, що суїцидальна поведінка охоплює всі прояви суїцидальної активності – думки, наміри, висловлювання, замаху тощо. Вона розглядається як форма аутоагресивної активності, що виникає у відповідь на нестерпні життєві потреби та перешкоди у задоволенні важливих потреб [32].

Суїцидальна поведінка охоплює різні форми дій, спрямованих на виконання свого життя. Вона є реакцією на особистісну кризу, яка спостерігається, коли людина стикається з нездоровими, на її думку, перешкодами у задоволенні важливих потреб. В умовах гострого емоційного напруження особа може втратити здатність раціонально оцінювати порушення та знаходити конструктивні рішення. У соціально-психологічному аспекті суїцид часто пов'язаний із дезадаптацією особистості внаслідок конфліктів у найближчому соціальному оточенні. Отже, розуміння понять «суїцид» та «суїцидальна поведінка» є фундаментальним для дослідження та профілактики самогубств. Чітке визначення означених термінів дозволяє

фахівцям ефективніше ідентифікувати ризики та надавати належну допомогу особам, які перебувають у кризових станах.

Суїцидальна поведінка завжди створює значний суспільний інтерес і дискусії. Вона сприймається неоднозначно: з одного боку, суспільство співчуває люди, які скоротили свій вік, з іншого – сам факт суїциду нерідко засуджується як гріх або навіть злочин. Суїцидальні задуми є активнішою стадією розвитку суїцидальності, коли особа починає планувати деталі свого вчинку. Суїцидальні наміри з'являються тоді, коли підліток приймає остаточне рішення скоїти суїцид та виявляє прагнення до його реалізації. Суїцидальна спроба – це застосування певних засобів для збереження свого життя, які не закінчуються летально. Вона може бути як оборотною, так і незворотною, спрямованою на смерть або мати інші приховані мотиви. Завершений суїцид – це дія, що призводить до смерті.

Період між появою суїцидальних думок і їхньою реалізацією називають предсуїцидом. Його тривалість може варіюватися від декількох хвилин (гострий предсуїцид) до місяців (хронічний предсуїцид). У випадку хронічного предсуїциду внутрішні форми поведінки розгортаються, проходячи всі стадії. Гострий предсуїцид може призвести до різкого стрибка від суїцидальних задумів відразу до намірів.

В ході історичного розвитку людства сформувалось у вигляді концепцій певне розуміння цього явища, а саме: психопатологічна, психологічна, соціальна.

Так, психопатологічна концепція ґрунтується на припущенні, що самогубство є проявом гострих або хронічних психічних розладів, а всі особи, які скоїли суїцид, мають психічні захворювання. До її прихильників належить Н. Марута [15], Д. Тахташова [15], Т. Панько [15] та інші.

Патопсихологічна концепція суїцидальної поведінки розглядає самогубство як прояв психічних розладів, підкреслюючи зв'язок між суїцидальними діями та патологічними змінами у психіці індивіда. Цей підхід акцентує увагу на тому, що суїцидальні тенденції часто є наслідком гострих

або хронічних психічних захворювань, таких як депресія, шизофренія, біполярний розлад та інші.

Українська дослідниця Раїса Федоренко у своєму навчальному посібнику «Психологія суїциду» зазначає, що патопсихологічний підхід розглядає суїцид як прояв гострих або пошкоджених психічних розладів. Вона підкреслює, що спроби виокремити самогубства в окрему нозологічну одиницю, таку як «суїцидоманія», були безуспішними, але цей підхід все ще залишиться впливовим у розумінні суїцидальної поведінки [32].

Науковиці Н. Марута [15], Д. Тахташова [15] та Т. Панько [15] підкреслюють позитивний вплив патопсихологічної концепції на практичну діяльність психіатрів, адже вона вплинула на розробку стратегій своєчасного діагностування, профілактики суїцидальної поведінки та лікування психічних розладів, що супроводжуються суїцидальними проявами.

Проте не всі випадки суїциду можна пояснити наявністю психічних розладів. Соціальні, культурні та особистісні фактори також відіграють значну роль у формуванні суїцидальної поведінки. Тому сучасні дослідники часто потребують мультидисциплінарний підхід, поєднуючи патопсихологічні, соціальні та індивідуально-психологічні аспекти для глибшого розуміння цього складного явища. Отже, патопсихологічна концепція суїцидальної поведінки робить вагомий внесок у розуміння ролі психічних розладів у виникненні вирішення суїцидальних тенденцій, підкреслюючи важливість психіатричної допомоги та підтримуючи запобігання самогубствам.

Згідно з психологічною концепцією, ключову роль у формуванні суїцидальних тенденцій змінює психологічний фактор. Так, Зигмунд Фройд пояснював самогубство через дію інстинкту смерті, яке може реалізуватися у вигляді агресії як щодо інших, так і щодо самого себе. Суїцид також розглядається як форма трансформованого любовного потягу: люди, які вчиняють самогубство, можуть сподіватися на возз'єднання з померлими близькими або на знаходження любові та співчуття, які їх одружили за життя. Крім того, суїцид може бути способом зняття емоційної напруги, викликаной

кризовими переживаннями [4]. З позиції екзистенціальної психології основною причиною суїцидальної поведінки є «екзистенціальний вакуум» – втрата сенсу життя, що спричиняє глибокий душевний дискомфорт і безвихідь.

Однією з перших обґрунтованих психологічних теорій суїциду є концепція Едвіна Шнейдмана (E. Shneidman), яка вважала, що основне призначення суїцидальної поведінки є втеча від нестерпного психічного болю. Він підкреслював відчуття безнадії, самотності та труднощів у регуляції емоцій як ключових чинників, які сприяють виникненню суїцидальних намірів [70].

Сучасні дослідження також фокусуються на нейропсихологічних аспектах суїцидальної поведінки. який, Б. Ткач у своїй роботі аналізує роль нейробіологічних та нейроендокринних факторів, таких як дисбаланс серотоніну, дофаміну, кортизолу та інших нейромедіаторів, у формуванні суїцидальних тенденцій. Він підкреслює важливість взаємодії нейробіологічних процесів та психологічних чинників у виникненні суїцидальної поведінки [30]. Отже, суїцидальна поведінка є складним феноменом, який привертає увагу дослідників з різних галузей наук. Психологічні концепції суїцидальної поведінки намагаються пояснити причини та механізми, що спонукають людину до самогубства, а також додаток факторів ризику та розробити стратегії профілактики.

Суїцидальна поведінка також є складним соціальним явищем, яке привертає увагу дослідників усього світу. Соціальні концепції суїцидальної поведінки зосереджуються на впливі суспільних факторів, міжособистісних взаємодій та соціальних структур на виникнення суїцидальних тенденцій.

Французький соціолог Еміль Дюркгейм у своїй праці «Самогубство» запропонував концепцію аномії як ключового чинника суїцидальної поведінки. Він вважав, що суїцид є наслідком розриву між індивідом та суспільством, що виникає через соціальні зміни, які призводять до втрати норм і цінностей. На думку Е. Дюркгейм існують чотири типи самогубств:

егоїстичне, альтруїстичне, аномічне та фаталістичне, кожен з яких пов'язаний з певними соціальними умовами [57].

Сучасний підхід до розуміння суїцидальної поведінки представлений міжособистісною теорією суїциду, розробленою Томасом Джойнером (T. Joiner) [68]. Відповідно до цієї теорії, суїцидальні наміри виникають у результаті поєднання двох міжособистісних станів: сприйнятої обтяжливості (переконання, що людина є тягарем для інших) та фрустрованої належності (відчуття соціальної ізоляції та відсутності зв'язку з іншими). Однак для реалізації суїцидальних намірів необхідна також набута здатність до суїциду, яка розвивається через повторний вплив болючих або провокативних подій, що знижують природний страх перед смертю.

Дослідження Т. Джойнера (T. Joiner) та Дж. Рібейро (J. Ribeiro) показують, що соціальні фактори, такі як безробіття, бідність, соціальна ізоляція, дискримінація та сімейні конфлікти, можуть підвищувати ризик суїцидальної поведінки. Наприклад, економічні кризи та високий рівень безробіття часто корелюють зі зростанням рівня самогубств у суспільстві. Соціальна підтримка та інтеграція, навпаки, можуть виступати захисними факторами, знижуючи ймовірність суїцидальних дій [68].

Розуміння соціальних аспектів суїцидальної поведінки є ключовим для розробки ефективних профілактичних заходів. Соціальні втручання можуть включати програми підтримки зайнятості, заходи зі зменшення соціальної ізоляції, ініціативи з підвищення обізнаності про психічне здоров'я та створення служб підтримки для вразливих груп населення. Отже, соціальна концепція суїцидальної поведінки підкреслює важливість суспільних структур та міжособистісних взаємодій у формуванні суїцидальних тенденцій, що дозволяє розробляти комплексні підходи до профілактики та втручання.

В наукових доробках А. Гірняка виокремлено дві види суїцидальної активності: внутрішню та зовнішню. Завчасне виявлення внутрішньої активності дозволяє запобігти переходу суїцидальних намірів у зовнішні дії, що значно знижує ризик суїцидального акту [4]. Внутрішня суїцидальна

активність включає в себе суїцидальні думки, виявлення, емоційні переживання, а також різні тенденції, такі як задуми та наміри. Ці компоненти не лише відображають різноманіття форм прояву суїцидальних явищ, а й індивідуальну шкалу їх інтенсивності, яка визначає ймовірність їхнього переходу у зовнішні дії.

До зовнішніх форм суїцидальної поведінки Ю. Калініна відносить суїцидальні спроби та завершені акти самогубства [7]. Розвиток суїцидальної спроби та самого суїциду відбувається у дві фази. Перша, оборотна, дозволяє людям самотійно або за допомогою оточення повторно спробувати. Друга фаза є необоротною, коли втручання вже не може змінити хід подій. Тривалість кожного з фази збільшення як особистих намірів суїцидента, так і обраним способом здійснення суїциду.

Як зазначає О. Осетрова, самогубство – це дія, спрямована на досягнення мети припинення власного життя, але водночас вона включена у ширший контекст діяльності, зумовлений певним мотивом [21]. Іншими словами, суїцидальні дії часто виступають засобом для реалізації іншої, більш глобальної потреби. Отже, мета суїциду та мотив, що стоїть за ним, не є тотожними, а їхнє враження виглядає особистим сенсом самогубства для конкретної людини.

Формування суїцидальної мети та її трансформація у самотійний мотив, що спонукає до дії, зумовленою наявністю конфліктної ситуації у людей із дезадаптацією. Такий конфлікт викликає через неможливість задовольнити актуальну життєву потребу. При цьому не має значення, чи ця перешкода є внутрішньою чи зовнішньою, реально чи обумовленою психопатологічними процесами. Важливим залишається те, що особа переживає нестерпний конфлікт, виходячи з якого (або способу впливу на нього) бачить випробування в суїциді, після чого всі інші шляхи досягнення мети для неї заблоковані.

У поодиноких випадках суїцидальна поведінка не просто стає актом дії, а перетворюється на окрему діяльність, де мета та мотив повністю збігаються.

Такі прояви, як правило, пов'язані з психопатологічними станами, включаючи феномен «суїцидоманії», а також суїциди, що виникають при простій формі шизофренії та деяких інших психічних розладах [26].

На основі загальної структури суїцидальних актів О. Нявчук та Т. Карпенко розроблено типологічні схеми, які можна аналізувати як внутрішні, так і зовнішні прояви суїцидальної поведінки [20]. Одна з таких схем базується на категоріях мети, що дає можливість, перш за все, відмежувати суїцидальні дії від подібних за формою, але відмінних за суттю самоушкодження, а по-друге, диференціювати істини суїциду від демонстративно-шантажних проявів у межах самої суїцидальної поведінки.

Істинні суїцидальні тенденції, спроби та завершені акти самогубства мають єдину кінцеву мету – позбавлення себе життя. Проте рівень усвідомленого прагнення до смерті може суттєво варіюватися, що впливає на способи та умови здійснення суїцидальних намірів.

Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка не спрямована на реальне позбавлення себе життя, а має на меті його демонстрацію. На відміну від суїцидальної поведінки, акт самоушкодження взагалі не пов'язаний з прагненням до смерті. Його метою є нанесення тілесних ушкоджень певного органу, що проявляється як у способах їх реалізації, так і в особливостях поведінки суб'єкта [20].

Інша типологічна схема суїцидальної поведінки, запропонована Н. Марутою, Д. Тахташовою та Т. Панько базується на категорії особистісного сенсу, яка виникає як суміш між призначенням дії (суїциду) та мотивом діяльності, у яку ця дія входить [15]. Науковці зазначають, що особистісний сенс суїцидальної поведінки є багатозначним і може бути класифікований за такими типами: *протест, помста, заклик про допомогу, уникнення (від покарання або першою), самопокарання, відмова* [15].

Так, протестні форми суїцидальної поведінки виникають у конфліктному середовищі, коли суб'єкт сприймає зовнішні події як ворожі або агресивні. Суїцид у цьому випадку розглядається як засіб впливу на ці події.

Помста виступає конкретною формою протесту, спрямованою на завдання шкоди ворожому оточенню. Такі форми поведінки здійснюються авторитарними особами з високою самооцінкою, вираженим почуттям власної цінності та емоційністю до активної або агресивної позиції, що призводить до трансформації зовнішньої агресії в аутоагресію.

Суїцидальна поведінка типу «заклик» має на меті привернення уваги та отримання допомоги для зміни складної життєвої ситуації. У цьому випадку особистість займає переважно пасивну позицію по відношенню до зовнішніх обставин.

Суїцидальна поведінка типу «уникнення» (від покарання або виявлення) виникає в ситуації, коли суб'єкт зіштовхується із загрозою його особистісному чи біологічному існуванню, а водночас має високу самооцінність. Сенса суїциду в цьому випадку відображається в прагненні уникнути нестерпної загрози шляхом самоусунення.

«Самопокарання» можна розглядати як форму внутрішнього протесту, що виявляється шляхом розщеплення особистості на дві протилежні ролі: «Я – суддя» та «Я – підсудний». У такій ситуації конфлікт загострюється через інтеріоризацію почуття провини та самозвинувачення, що призводить до суїцидальної поведінки. На основі попередніх чотирьох типів, де мотив діяльності та суїцидальна мета не збігалися (що дозволяло трактувати суїцид як дію), у випадку суїцидів типу «відмова» такої розбіжності не використано. Отже, запропонована типологія має не лише пояснювальне, а й прогностичне значення, оскільки дозволяє передбачити особливості постсуїцидальних періодів у разі невдалих спроб самогубства.

Як зазначає А. Гірняк постсуїцидальний стан є результатом взаємодії низки чинників, а саме: конфліктної ситуації, яка передувала спробі суїциду; особливостей самого суїцидного акту, включаючи його психологічні та фізіологічні компоненти; способу, яким було перервано спробу; реанімаційних заходів; соматичних наслідків і можливих ускладнень; нової ситуації, що виникла після спроби, та зміни у ставленні особистості до неї [4].

Спираючись на означені вище чинники Ю. Калініна виокремлює чотири типи постсуїцидальних станів таких як критичний, маніпулятивний, аналітичний, суїцидально-фіксований [7].

Провідним проявом критичного типу позбавлення внутрішньо-особистісного конфлікту, після чого в пресуїцидальному періоді він сприймається гіперболізовано. Суїцидальна спроба спричинила ефект «розрядки», що призводить до зниження внутрішньої напруги. Суїцидальні тенденції певний час не спостерігаються. Ставлення суб'єкта до суїцидальної спроби характеризується почуттям сорому перед оточенням, страхом перед можливим летальним наслідком. Відбувається усвідомлення того, що конфлікт не був вартий таких радикальних дій, а спроба суїциду не позбавляє конфлікту. Для цього типу суїцидентів ризик повторних спроб здійснення самогубства є мінімальний.

Для суїцидента з маніпулятивним типом постсуїцидального стану конфлікт частково втратив актуальність, однак, на тлі критичного типу, це відбувається після впливу суїцидальної дії на синдром. Для суїцидента події розгорнулися у більш сприятливому для напрямку. Деякий час суїцидальні тенденції не спостерігаються. Ставлення суїцидента до спроби у слабкому почутті сорому та страху перед можливим фатальним наслідком. Одночасно з'являється усвідомлення, що подібні дії можуть використовуватися як засіб впливу на оточування і спосіб досягнення власних цілей. За такого типу постсуїцидального стану ймовірність повторних суїцидальних дій значно збільшується, проте вони залишаються більш демонстративними та менш небезпечними для життя [10].

За проявами аналітичного типу постсуїцидального стану конфлікт залишається актуальним для суїцидента. Суїцидальні тенденції не спостерігаються. В суїцидента виникає каяття щодо здійсненої спроби. Суїцидент усвідомлює, що суїцид не є ефективним способом розв'язання проблеми. Відбувається активний пошук альтернативних шляхів виходу із ситуації. Якщо ці шляхи не будуть знайдені, а конфлікт залишиться

нестерпним, ризик повторного суїциду зростає. До того ж наступний суїцидальний акт вже не буде імпульсивним, а сприйматиметься суб'єктом як єдиний вихід із глухого кута, що значно ускладнює його смертельну небезпеку.

За суїцидально-фіксованого типу постсуїцидального стану конфлікт залишається актуальним. Суїцидальні тенденції зберігаються і можуть бути як відкритими, так і прихованими. Ставлення до суїциду позитивне, що може проявлятися у висловлюванні на кшталт: *«Я не бачу іншого виходу»*. Суїцидент такого типу продовжує залишатися в групі ризику, після чого суїцидальна спроба не перериває постсуїцидального стану, а лише стає його частиною [Кокун]. Наведена типологія характеризує так звані «класичні» постсуїцидальні стани, без ускладнень. Випадки, коли на першому плані проявляються наслідки соматичних або екзогенних психічних розладів, викликаних суїцидальною спробою, не враховуються. Як зазначає С. Саржевський, до таких станів належать: психічні порушення, пов'язані зі strangulation asphyxia (з подальшими розладами свідомості та порушенням пам'яті); інтоксикаційні психози після отруєння; зміни психічного стану, характерні для гострого періоду після черепно-мозкових травм тощо [26]. Відповідно, подібні стани класифікуються як ускладнені постсуїциди.

Оскільки постсуїцидальні стани мають свою часову динаміку, їх доцільно окреслити на три періоди. Перший період – це найближчий постсуїцид. Протікає в перший тиждень після суїцидальної спроби. Другий період визначається як «ранній постсуїцид». Він триває від одного тижня до одного місяця. Завершальним періодом є «пізній постсуїцид», який триває упродовж 4–5 місяців [30]. Отже, після здійснення суїцидальної спроби в особи виникають певні стани, які поступово змінюються відповідно до окреслених етапів і мають характерні клініко-психологічні особливості. Схарактеризована типологія постсуїцидальних станів враховує як їх структурну, так і змістовну складову, а також є основою для розробки

терапевтичних рекомендацій, прогнозування ризику повторних суїцидальних спроб і розробки профілактичних заходів.

1.2. Психологічні особливості прояву суїцидальної поведінки в підлітковому віці

Підлітковий вік є одним із найскладніших періодів у формуванні особистості, що нерідко супроводжується емоційними порушеннями, поведінковими відхиленнями та труднощами соціальної адаптації.

Не дарма батьки підлітків турбуються про широкий спектр проблем: від переживання через невзаємне кохання до ризику наркозалежності, від гострих конфліктів у сім'ї до відмовляння відвідувати школу.

Як перехідний період від дитинства до дорослості, підлітковий вік завжди вважався кризовим. Особливо виразною є пубертатна криза, яка триває найдовше та найгостріше. Віковий період 11–12 років як предпубертатний, а 13–15 років – як пубертатний.

Розвиток підлітків відбувається під впливом багатьох біологічних, психологічних і соціальних чинників. Важливі зміни стосуються не лише фізичного розвитку, а й розширенням самосвідомості, що супроводжується зростанням почуття власної гідності, усвідомленням власних можливостей і здібностей.

Підліткова криза супроводжується різкою зміною емоційного стану, системи цінностей і соціальних взаємин. Характерним є протиставлення себе дорослим та активна боротьба за самостійність. Підліток перевіряє власні межі, намагається порушити заборони, розуміє власні можливості та самостверджується. З динамікою протікання підліткової кризи можна умовно виокремити такі її фази як: фаза негативізму (передкризова) (відбувається руйнування старих звичок і поведінкових стереотипів); кульмінаційна фаза (характеризується загостренням внутрішньо особистісних конфліктів та

конфліктів із дорослими) та посткризова фаза (протікає у вигляді формування нових цінностей, моделей поведінки та соціальних зв'язків).

За І. Музиченко виокремлюються два провідні варіанти перебігу вікової кризи, які можуть створити передумови для розвитку суїцидальної симптоматики. Йдеться про кризу незалежності та кризу взаємозалежності. Так, криза незалежності виявляється у вигляді негативізму, бунту, в протестній поведінці, знеціненні авторитету дорослих. Підліток наполягає на особистому просторі та самостійності («Я вже не дитина»). В той же час криза взаємозалежності навпаки, вирізняється підвищеною слухняністю, емоційною залежністю від старших, регресивною поведінкою та уникненням відповідальності («Я дитина і хочу нею залишатися») [19]. Отже, підліткова криза є складним і багатогранним віковим періодом, який змінює ключову роль підлітка та стимулює його до дорослішання. В той же час її перебіг може вплинути на психологічний стан та соціальну адаптацію осіб підліткового віку.

В період першої підліткової кризи відбувається активний пошук ідентичності, формування нової самосвідомості та ставлення до себе й світу. Це відбувається у зростаючому інтересі до власної особистості: підлітки намагаються довести щось один одному, обговорюють морально-етичні питання, міжособистісні стосунки, беруть участь у конкурсах та олімпіадах, проходять різні тести, прагнучи краще пізнати свої можливості.

Розвиток свідомості та самосвідомості супроводжується підвищеною самокритичністю та чутливістю до оцінки з боку найближчого оточення, особливо значущих дорослих. Будь-яке зауваження може викликати бурхливу й непередбачувану реакцію. Формування нової Я-концепції відбувається через осмислення власних можливостей, визначення своєї унікальності та відмінності від інших. Часто це виявляється у протиставленні себе дорослим, що може супроводжуватися знеціненням їхніх норм і цінностей. Характерні для підлітків висловлювання в цей період на кшталт: «Я не такий, як ви! Я ніколи не буду таким!» є відображенням цього процесу.

У цей віковий період різко знижується цінність сімейного спілкування, а провідними авторитетами залишаються однолітки. Вимоги батьків сприймаються лише в тому випадку, якщо вони залишаються значущими й поза межами родини. В іншому випадку вони викликають супротив і протестну поведінку.

Самопізнання через схожість з іншими відбувається під час взаємодії з однолітками. Підлітки створюють власні норми, правила, стиль поведінки, формуючи особливу підліткову субкультуру. Вони прагнуть відчувати власну належність до референтної групи, відшукати серед однолітків власне місце. Зовні це може виглядати як бунт проти норм та правил встановлених дорослими, але саме через таку соціалізацію відбувається становлення їхньої самосвідомості. Отже, в підлітковому віці авторитет дорослих значно знижується, а значущість думки однолітків різко зростає. Це часто стає причиною занепокоєння батьків, які відчують, що їхня дитина віддаляється, не прислухається до порад і більше орієнтується на друзів. Спроби «достукатися» до внутрішнього світу підлітка нерідко лише призводить до виникнення зайвого напруження та конфліктів у стосунках, що ще більше ускладнює комунікацію з батьками.

Українські (О. Зелінський [6], О. Лопаєва [12], А. Марущак [16], Н. Матейко [14], А. Османова [22] та інші) та закордонні психологи (С. Касен (S. Kasen) [58], П. Кохен (P. Cohen) [58], Ш. Чен (H. Chen) [58], С. Хамен (C. Hammen) [52] та інші) наголошують на ще одній важливій особливості підліткового періоду – почутті дорослості. Воно проявляється у прагненні до незалежності: підліток хоче самостійно приймати рішення, діяти на власний розсуд і розширювати власні права. Проте такі спроби часто наштовхуються на заборону з боку дорослих. Це неминучий процес, після чого саме через конфлікти та конфлікти з батьками підліток досліджує межі своїх фізичних і соціальних можливостей, обираючи рамки дозволеного. Саме така боротьба за незалежність дозволяє підлітку пізнати себе та навчитися діяти самостійно.

Однак важливо, щоб цей процес відбувався в безпечних умовах, не переходячи в крайнощі. Для підлітка є важливою не лише можливість діяти самотійно, а й визнання цієї здатності з боку дорослих. У цей період він сприймає себе рівним дорослим, не помічаючи принципової різниці між собою та ними. Проте слід відрізнити створення безпечного середовища від вседозволеності. Встановлення меж та кордонів є також важливим для підлітків, оскільки вони допомагають йому зрозуміти свою межу. Водночас характерною рисою цього віку є невідповідність між уявленнями про власні бажання та реальні можливості. Надмірна свобода без відповідальності може мати серйозні слідки, виключно з ризиком протиправних дій. Тому між забезпеченням балансу самотійності та встановлення меж є ключовим у підтримці гармонійного розвитку підлітка.

Підлітки усвідомлюють незворотність і остаточність смерті, набуваючи до неї морального та екзистенційного ставлення. На цьому етапі розвитку вони здатні відокремити власне «Я» від реальності та розуміти суспільні уявлення про смерть. Для одних смерть стає як природний кінець життя, а для інших – як спосіб захисту або маніпуляції, наприклад, засіб покарання батьків чи самопожертви заради певної ідеї [16].

Справжнє самогубство підлітка є кульмінацією внутрішньої боротьби між життям і смертю, у якій руйнуються всі фактори, які раніше втримували в цьому світі. Коли підліток приймає рішення щодо позбавлення себе життя, в його свідомості відбувається ґрунтовні перетворення в системі цінностей. В наслідок таких перетворень сенс життя втрачає свою цінність. Відповідно, суїцид стає можливим тоді, коли життя втрачає значення для підлітка. Однак цього недостатньо – необхідна ще й переоцінка ставлення підлітка до смерті. Якщо смерть набуває морального сенсу, вона може обернутися на усвідомлену мету. Як зазначає В. Лісицька, що незалежно від життєвих обставин і конфліктів, через які підлітки вчиняють самогубство, всі вони торкаються моральних цінностей, справедливості, щастя, гідності, обов'язку [11]. Іншими словами, події, які провокують підлітка до скоєння суїциду, в першу чергу

впливають на їхні моральні переконання. Відповідно підлітки пояснюють свої суїцидальні спроби, беручи на себе відповідальність за власний вчинок або перекладаючи цю ж відповідальність на інших. У будь-якому разі самогубство для підлітків набуває певного морального сенсу, викликаючи очікувану реакцію оточення. Ключовим механізмом, який запускає суїцидальну поведінку в підлітків, є інверсія ставлення до життя і смерті. Життя починає сприйматись негативно, тоді як смерть змінює свій відтінок із негативного на позитивний. Саме цей зсув є поштовхом до формування суїцидальної мети та планування її реалізації.

Американський дослідник Е. Шнейдман (E. Shneidman) виокремлює дві основні групи підлітків, схильних до суїцидальної поведінки [70]. До першої належать групи належать підлітки з високим інтелектом, які відчують відчуженість від своїх малоосвічених, примітивних батьків. У багатьох із них батьки можуть мати певні психічні розлади. Перед фатальним рішенням вони часто виглядають пригніченими, закритими в собі.

Другу групу становлять імпульсивні, агресивні, схильні до насильства підлітки, які не витримують критику. У багатьох випадках суїцид для них сприймається як крайній спосіб знищення конфлікту, що виходить із неприємної ситуації або навіть спосіб покарати оточуючих, які, на їхню думку, нанесли їм образи чи біль. Суїцидальний ефект у таких випадках виникає раптово і триває недовго, проте цього часу може вистачити для здійснення суїцидальної спроби, використовуючи доступні засобами – шнурок, висота, зброя тощо.

До того ж підлітки не завжди усвідомлюють остаточність та незворотність свого вибору. У глибині їхньої свідомості може виникнути думка, що після їхньої смерті все повернеться на свої місця, батьки та знайомі пошкодують про свої вчинки, всі помиряться. Причини таких суїцидів, на перший погляд, можуть бути незначними, навіть дрібними.

Важливо зазначити, що такі імпульсивні вчинки можуть вчиняти емоційно нестабільні, егоцентричні, нетерплячі та примхливі підлітки. І хоча

дорослі, які планують самогубство, можуть обмірковувати його упродовж певного часу, у підлітках, як і у неповнолітніх, зовнішні суїцидогенні чинники залишаються фатальними лише тоді, коли накладаються на особистісні особливості та специфічний психоемоційний стан. Це відбувається за виникнення гострих негативних переживань, що супроводжуються депресивним станом.

Депресивний емоційний фон під час конфліктів може виникати через труднощі у зміні системи цінностей та адаптації до нових умов. Психічні розлади такі як шизофренія або межові стани, наприклад, залежність від психоактивних речовин, також спричиняють суїцидальні прояви.

Підліткові депресії мають низку характерних проявів, серед яких байдужість, апатія, гнів і лють, що іноді виявляється через саркастичні висловлювання. Туга традиційно не має чітко вираженої форми, а емоційний стан підлітка відзначається підвищеною чутливістю, низькою вразливістю, самооцінкою та відчуттям безпорадності. Вони можуть переживати глибоке розчарування в людях, зокрема в друзях, прагнути до незалежності і в той же час шукати прихильності в осіб, що демонструють прояви сили, впевненості, стійкості, яка має досвід долаття будь-яких труднощів.

Підлітки часто відчують потребу у щирій підтримці з боку батьків та вчителів, але водночас в них виникає відчуття власної непотрібності, беззмістовності власного життя. Деякі підлітки заглиблюються у філософські чи метафізичні роздуми, постійно обмірковуючи сенс життя та смерті. Їхній душевний стан супроводжується тривожністю, песимістичним сприйняттям майбутнього, а також порушеннями сну, внутрішнього апетиту та зниженням ваги.

Соматичні прояви депресії можуть включати головний біль, нудоту, швидку втомлюваність. Крім того, значно знижується здатність отримувати задоволення від попередніх занять, гра перестає приносити радість, а інтерес до довкілля згасає.

Провідні ознаки поведінки, які можуть свідчити про депресивний стан підлітка, включають збентеження, скутість, дратівливість, сильну втому, імпульсивність і плаксивість. Тривожними сигналами є висловлювання на зразок: *«Скоро я відпочину»*, *«Мене з вами не буде...»*, *«Вам буде краще без мене»*, *«Я в останнє бачу ці квіти»* [32, с. 87]. Також можуть спостерігатися напівсуїцидальні спроби, самоушкодження, зниження навчальної успішності, спроби впорядкувати свої справи (наприклад, роздача речей, настанов, порад тощо), використання «чорного» гумору щодо смерті та самогубства. Менш виразними поведінковими ознаками є комунікативні труднощі різноманітного характеру, захоплення алкоголем чи наркотиками, відсторонення від близьких, страх залишитися на самоті.

У разі замаскованої депресії типові симптоми, такі як туга, плаксивість, порушення сну та апетиту, можуть бути відсутні. Натомість підліток може демонструвати гіперактивність, агресивність, різке зниження успішності, правопорушення, психосоматичні розлади, асоціальну поведінку, а також більш інтенсивне вживання тютюну, алкоголю, наркотиків і втечі з дому.

За даними С. М. Трусової, 72,8 % українських підлітків віком 10-17 років ніколи не відчували втрати бажання жити чи прагнення до смерті. Водночас 21,4 % зізналися, що такі думки, інколи виникали, а 5,8% іноді відчували втрату бажання жити. Отже, загальна частка підлітків у групі суїцидального ризику становить орієнтовно 27,2 % [31].

Неповнолітні цієї респондентської групи менш активно читають книги, рідше грають у комп'ютерні ігри чи відвідують гуртки за інтересами. Натомість вони більше часу проводять на вулиці або займаються власними справами вдома. Також в них частіше спостерігаються напружені стосунки з членами родини та однолітками в порівнянні з підлітками, які демонструють установки, спрямовані на бажання жити: проблеми у взаєминах з батьком виникають у 10,4% випадків (проти 2,9 % серед інших підлітків), з матір'ю – у 9,1% (проти 3,9%), з братами і сестрами – у 21,5% підлітків (проти 12,6%), а з однолітками – у 9,8% (проти 4,5 %).

Переважна більшість підлітків з ознаками суїцидального ризику виказує незадоволеність рівнем задоволеності матеріальних і духовних потреб в родині. Так, 52,2% респондентів не хочуть жити на такому ж матеріальному рівні, як їхні батьки; 35,8% підлітків не вдоволені духовними цінностями родини; 62,7% опитаних не бажають займатися професією, яку опанував батько, а 67,2% підлітків не прагнуть долучатись до професійної діяльності матерів.

З-поміж цієї групи більше тих, хто відчуває матеріальні труднощі, гірше одягається і рідше отримує гроші від батьків. Щодо поглядів на майбутнє, діти з групою ризику та ті, хто ніколи не втрачав бажання жити, оцінюють його по-різному. Із застереженням і страхом вони сприймають власне майбутнє по-різному (62,7% – підлітки групи ризику; 56,3% – підлітки із бажанням жити), прояви байдужості також різняться (7,5% – підлітки групи ризику; 3,8% – підлітки із бажанням жити), із впевненістю й оптимізмом дивляться в майбутнє (34,1% – підлітки групи ризику; 26%, – підлітки із бажанням жити), а зі змішаними, амбівалентними почуттями (19,5% – підлітки групи ризику; 13,4% – підлітки із бажанням жити) [31].

Варто зазначити, що значний відсоток неповнолітніх із групи ризику демонструють низькі показники за шкалою відкритості, самоповаги, самоконтролю, самооцінки та самосприйняття, водночас мають високий рівень внутрішньої конфліктності та самозвинувачення. В них можна спостерігати значні відхиленнями в адекватності самооцінки, невідповідність між Я-ідеальним і Я-реальним, підвищену тривожність, психічну та фізичну виснаженість, а також глибоке переживання самотності, безнадії та беззмістовності життя.

Отже, підлітковий вік є одним із найскладніших періодів у формуванні особистості, що нерідко супроводжується емоційними порушеннями, поведінковими відхиленнями та труднощами соціальної адаптації. Справжнє самогубство підлітка є кульмінацією внутрішньої боротьби між життям і смертю, у якій руйнуються всі фактори, які раніше втримували в цьому світі.

Підлітки пояснюють свої суїцидальні спроби, беручи на себе відповідальність за власний вчинок або перекладаючи цю ж відповідальність на інших. Вони не завжди усвідомлюють остаточність та незворотність свого вибору.

1.3. Чинники, що впливають на формування суїцидальної поведінки в підлітковому віці

Дослідження у сфері суїцидології визначають низку зовнішніх чинників, які можуть провокувати у підлітків емоційні переживання та створювати підґрунтя для виникнення суїцидальних тенденцій.

Варто зазначити, що за аналізу суїцидальної поведінки часто плутають три поняття: причина, передумови та привід. Так, причина суїциду є складним і глибоким феноменом, що потребує соціально-психологічного аналізу. На думку К. Тимошенко, основною причиною суїцидальних дій є соціально-психологічна дезадаптація. Окрім провідної причини, можуть існувати другорядні чинники, такі як хвороби, сімейні труднощі тощо [29].

Передумови для виникнення суїцидальної поведінки не є прямими чинниками, але впливають на дії підлітків та визначають характер наслідків. Відповідно одні й ті самі чинники за різних умов можуть призвести до різних результатів.

Привід – це зовнішня, випадкова подія, яка запускає суїцидальні дії, але не є їхньою глибинною причиною. Саме тому аналіз приводів самогубств не дозволяє повною мірою зрозуміти їхню природу. Загалом, суїцидальна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації, що виникає під впливом мікросоціальних конфліктів. Вона є результатом складної взаємодії особистісних та зовнішніх особливостей.

Суїцидальні прояви в підлітковому віці часто належать до сфери «межової психіатрії», що охоплює психопатії та непсихотичні реактивні стани, які розвиваються на фоні певної акцентуації характеру [34].

На думку І. Остополець та К. Поперечної, до основних психологічних чинників суїцидальної поведінки у підлітків належать: *посилена емоційна напруженість; імпульсивність та емоційна нестійкість; почуття провини та занижена самооцінка; депресивний емоційний фон під час конфліктів; психічні розлади; соціальні фактори тощо.*

Так, посилена емоційна напруженість виявляється в потребі у швидкості, низькій здатності до психологічного захисту, труднощах у подоланні фрустрації [19].

Імпульсивність та емоційна нестійкість підлітків визначається емоційними спалахами, підвищеною сугестивністю, безкомпромісністю, нестачею життєвого досвіду. Імпульсивність підлітків з проявами суїцидальної поведінки, виявляється у їх неспроможності критично осмислювати власне рішення упродовж тривалого часу, прогнозувати його наслідки та шукати альтернативні, ненасильні способи розв'язання проблеми та захисту власних інтересів.

Емоційна нестійкість і нестриманість підлітків часто провокують конфліктну ситуацію. Їхня емоційна незрілість виявляється у недостатньому співпереживанні до емоційних станів інших співрозмовників, великої глибокої прихильності та любові, а також у підвищеному егоцентризмі. Вразливість до зовнішнього впливу, негативізм до навіюваності та емоційного зараження можуть посилити ризик суїцидальної поведінки.

Підлітки часто-густо некритично виявляють схильність до наслідування переживання реальних людей або персонажів художніх творів, з якими вони зіткнулися і які справили на них сильне емоційне, навіть заворожуюче враження. Це може стати поштовим до перенесення психологічних станів та внутрішньо-особистісних конфліктів інших осіб у власну психоемоційну сферу, що, в свою чергою, створює ризик виникнення саморуйнівних дій.

Почуття провини та занижена самооцінки також провокують відчуття безнадії, самотності, труднощі в емоційній регуляції, перфекціонізм.

Соціальні фактори такі як негативні сімейні стосунки, відсутність соціальної підтримки, наявність суїцидальних конфліктів серед близьких суттєво пригнічують психологічний стан підлітків.

В дослідженнях Р. Федоренко наводяться такі чинники, що спричиняють виникнення суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку: брак розуміння та підтримки; втрата любові; сімейні втрати; приниження та зневага з боку оточення; булінг та насильство; небажання визнавати власну провину; розчарування у стосунках; тиск і насильницькі дії; вплив медіа та деструктивних груп [32]. Наведені чинники можуть сприяти виникненню суїцидальних настроїв, особливо за низької психологічної стійкості та потрапляння в кризові ситуації. Схарактеризуємо окреслені чинники більш детально.

Так, брак розуміння та підтримки з боку значущих осіб, може викликати відчуття самотності, відчуженості та образи. Ситуації, які штовхають підлітків до скоєння самогубства, можуть варіюватися від сімейних конфліктів до глибоко травматичних подій. Аналіз сприймання суїцидентами суїцидальних спроб підлітків засвідчує, що для одних підлітків суїцидальна ситуація є справжньою життєвою трагедією, яка призводить до важкої психологічної кризи, тоді як в інших випадках спостерігається імпульсивність або навіть певний прагматизм в прийнятті рішення вкоротити свій вік.

Часто мотивами таких вчинків є не лише відчай, а й прагнення повернути ситуація на власну користь, задовольнити базові психологічні потреби в увазі та співчутті, або самоствердитись шляхом відстоювання власних (можливо навіть хибних) переконань або отримати підтримку з боку оточення у випадках реальних чи уявних негараздів. Отже, суїцидальні дії можуть бути певним інструментом впливу на родину, найближче оточення, суспільство заради задоволення підлітками власних потреб.

Втрата любові (зокрема, батьківської) або нерозділене кохання, що часто супроводжується ревнощами та глибокими негативними переживаннями. Суїцидальний вчинок часто романтизується, набуваючи ореолу героїчності,

сприймається як сміливий виклик чи мужнє рішення. Переважає демонстративний характер поведінки, що містить елементи «гри на публіці». Дії імпульсивні, продиктовані емоційним поривом, без остаточного обдумування наслідків. Суїцидальні спроби часто застосовуються невміло (наприклад, стрибок із низькою висотою, використання малотоксичних речовин або ненадійних засобів для підвищення) [58].

Сімейні втрати: розлучення або смерть одного з батьків, що призводить до відчаю, розпачу, почуття образи на кривдника, ревності тощо. Згідно досліджень С. Глена (C. Glenn) та М. Нока (M. Nock), у препубертатному віці найбільш значущими є сімейні проблеми, тоді як в пубертатному періоді на перший план виступають кохання та сексуальні переживання [48]. Психологічні проблеми інтимного характеру та пов'язані з ними емоційні переживання можуть значно ускладнювати психологічний стан підлітка. Розрив відносин з коханою людиною може стати тригером для суїцидальних дій, особливо якщо він супроводжується приниженням або втратою почуття власної гідності. Найбільш вразливими є підлітки з неповних сімей та ті, хто в дитинстві зазнавав емоційного нехтування.

Приниження та зневага з боку оточення, що породжує гнів, утворює, ненависть і навіть агресивне прагнення помсти. Суїцидальна поведінка, зазвичай формується в підлітків, які перебувають у несприятливому соціальному середовищі. Вони можуть рости в неблагополучних сім'ях, відчувати самотність, емоційну занедбаність і не мати надійної підтримки з боку дорослих. Суїцидальні мотиви в них часто є незначними, такими як незадовільна оцінка в школі, конфлікт із дорослими або відчуття несправедливого ставлення [7].

Булінг та насильство, що викликають широкий спектр негативних емоцій – від сорому й приниження до люті та бажання усамотнитись [2].

Небажання визнавати власну провину або помилки, що супроводжуються егоцентричними переживаннями та хворобливим самолюбством.

Розчарування у стосунках, а саме невдачі в коханні чи сексуальній сфері, небажана вагітність, що провокує відчай, страх, тривогу та ревності. З-поміж суїцидальних мотивів виокремлюються дві провідні групи: мотиви неблагополуччя (почуття самотності, життєві труднощі, втрата близьких чи коханих) та мотиви конфлікту, які передбачають залучення інших осіб [9].

Мотиви неблагополуччя також виявляються в «монологічних» суїцидальних вчинках, коли підліток, заглиблений у власні роздуми, не прагне вплинути на інших або отримати від них зворотну реакцію. Це, як правило, результат внутрішнього діалогу, пов'язаного з переосмисленням сенсу життя.

Натомість мотиви конфлікту частіше зустрічаються в «діалогічному» форматі і вони адресовані конкретним людям або суспільству загалом. Такі заклики можуть мати характер протесту, прохання про допомогу або спроби уникнути переживань [11].

Суїцидальна поведінка діалогічного типу має символічний характер і виступають своєрідним аргументом в конфлікті суїцидента з іншою людиною. В таких випадках самогубство є спробою вплинути на іншу особу, щось їй довести або отримати певну реакцію, що пояснює емоційність до демонстративних суїцидальних вчинків.

З точки зору прогнозу, «монологічні» суїциди становлять значно більшу небезпеку. Вони характеризуються глибокою безнадією, відсутністю віри в можливість зміни та небажанням звертатися по допомогу. Підліток, який вчиняє «діалогічний» суїцид, усе ще має надію і прагнення до життя, веде боротьбу за своє місце в світі і, як правило, є більш контактним для психотерапевтичного втручання.

Тиск і насильницькі дії: шантаж, погрози, примус, фізичне або психологічне залякування, які породжують страх, ненависть та відчай.

Формування суїцидальної готовності відбувається на тлі тривалих психотравмуючих ситуацій. Це супроводжується зниженням емоційної стійкості, посиленням агресивності та нездатністю долати життєві труднощі.

Головний психологічний сенс підліткових суїцидальних спроб – крик про допомогу, спроба привернути увагу до свого внутрішнього болю. За таких обставин справжнього усвідомленого бажання померти фактично немає. Уявлення про смерть в інфантильному світосприйнятті підлітка є розмитим: смерть часто асоціюється з можливістю «відпочити» від проблеми, вирушити в інший світ або покарати кривдників [45].

Вплив медіа та деструктивних груп є також вагомими чинником впливу. Пропаганда некрофільних ідей, теми самознищення та багато іншого можуть підвищити інтерес підлітків, призвести до захопленості «красою смерті» або викликати наслідування суїцидальної поведінки.

В багатьох випадках суїцидальна поведінка підлітків може бути результатом дослідження та копіювання моделей, які демонструються в ЗМІ. Сучасне покоління підлітків не уявляє свого життя без телебачення, інтернету та соціальних мереж, рідко сприймає нав'язані сценарії як готові рішення для подолання життєвих та емоційних труднощів [17]. Через свою соціальну незрілість, саме підлітки є найбільш вразливою категорією населення до таких впливів. Вони швидко переймають запропоновані ЗМІ популярні поведінкові зразки. Це пояснює, чому підлітки з суїцидальними нахилами часто розглядають порушення свого життя не з точки зору суспільної моралі, а як можливий спосіб виходу з кризи чи вирішення складних життєвих ситуацій.

В наукових доробках Н. Людера окреслено низку ситуаційних чинників, які можуть сприяти виникненню суїцидальної поведінки в підлітків [13]. Так, прогресуючі захворювання (наприклад, СНІД). Значущим чинником ризику є саме прогресування хвороби, а не її тяжкість чи втрата працездатності. Фінансові труднощі не лише створюють передумови для погіршення життя підлітків (їжа, житло, одяг), але значно знижують їхню самооцінку. Особи, які зазнали економічних невдач, часто почуваються неспроможними та соціально дискредитованими.

Втрата близької людини порушує звичний спосіб життя підлітків. Суїцидальні думки можуть виникати після тривалого періоду глибокого горя,

що супроводжується запереченням реальності, психосоматичними розладами, панічними атаками. Самогубство за таких обставин починає сприйматись як спосіб позбутися нестерпного болю, відновити зв'язок із померлим або навіть як форма самопокарання за реальні чи явні провини.

Розлучення та сімейні конфлікти. Дослідження свідчать, що значна частина підлітків, які вчиняють самогубство, виховувалися в неповних сім'ях, або сім'ях, де постійно відбуваються конфлікти.

Аналізуючи особистісні чинники суїцидальної поведінки підлітків, А. Гірняк, зазначає, що вони можуть бути вкрай різноманітними. До них належать, зокрема, комплекс неповноцінності, шизоїдна акцентуація характеру, фіксація на власному сприйманні ситуації (підліток не може змінити бачення подій або оцінити його з іншої точки зору); глибока зануреність в проблему (підліток не здатен емоційно дистанціюватися та раціонально оцінювати події); звуження особистісного світогляду (підліток поступово ізолюється від оточення, відбувається зниження усвідомлення власних ресурсів та можливостей для розв'язання конфлікту); відчуженість та замкнутість (підліток сприймає соціальні відносини через конфронтацію («Я – вони»), що спричиняє втрату зв'язку з референтними групами та порушення ідентифікації); пасивність (підліток не бачить конструктивних варіантів дій, що завдає шкоди власному досвіду та будь-яких альтернативних рішень) [4]. Отже, суїцидальна поведінка формується під впливом як зовнішніх обставин, так і особистісних чинників, що впливають на здатність підлітків адаптуватися до кризових ситуацій. Багато чинників призводять до суїцидальної поведінки, водночас сприяють розвитку інших форм саморуйнівної активності, таких як наркоманія, алкоголізм чи токсикоманія в підлітковому віці. Причини всіх цих проявів багато в чому подібні, відрізняючись лише за рівнем їхньої інтенсивності.

1.4. Шляхи профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці

Для профілактики запобігання суїцидальним тенденціям у підлітків використовуються різні методи психокорекції та психотерапії. Їх вибір залежить від професійних навичок фахівця. Застосовуються різноманітні техніки впливу, зокрема раціональний аналіз, парадоксальні та провокаційні підходи. В наукових доробках С.Трусової наводяться основні етапи суїцидальної інтервенції з підлітками [31]:

1. Виявлення ознак вірогідної загрози суїциду. Психологу важливо розпізнати сигнали, які можуть вказувати на суїцидальні наміри.

2. Припущення можливості суїцидальних дій. Краще допустити реальність загрози, ніж ігнорувати її, хоча наслідки бездіяльності можуть бути фатальними.

3. Формування емпатійного контакту. Психолог має продемонструвати розуміння та прийняття по відношенню до підлітка, що сприятиме встановленню довірливих відносин, полегшенню самопочуття та зменшенню відчуженості.

4. Уникнення конфлікту. Зайві дискусії, сперечання чи агресія можуть загострити психологічний стан підлітка. Психолог має м'яко та гнучко підтримувати конструктивний діалог.

5. Виявлення джерела конфлікту. Спокійне обговорення кризової ситуації допоможе з'ясувати основні аспекти проблеми підлітка та оцінити труднощі, які він переживає.

6. Пошук ресурсів. Необхідно знайти опорні моменти в житті клієнта – людей, спогади, цінності чи ситуацію, які мають для нього значення. Ресурси можуть стати альтернативою суїциду та допомогти підлітку віднайти нові способи адаптації. Якщо раціональні методи не дають результату, можна застосовувати тілесно орієнтовані, соціометричні чи інші підходи. Використання відповідних терапевтичних методів, зокрема розповідей та

метафоричних технік, може допомогти підлітку переосмислити власну життєву позицію та віднайти нові шляхи виходу з кризи.

Профілактика суїцидальної поведінки підлітків ґрунтується на низці принципів, сформульованих К. Тимошенко, а саме [29]:

1. Перший принцип – передбачає визначення першопричини. Для розкриття основного мотиву суїцидальної поведінки необхідно звернути увагу на події, які відбулися напередодні. Особливу увагу слід приділити можливим конфліктам та образам, оскільки вони можуть виступати своєрідним тригером глибших, неусвідомлюваних проблем.

2. Другий принцип – «Пошук спільної теми». Якщо у підлітка неодноразово виникали суїцидальні думки, слід встановити, що саме їх викликало. Аналіз повторюваних ситуацій допоможе виявити основний конфлікт або патерн, що викликає означені суїцидальні думки.

3. Третій принцип – «Активне слухання». Важливо не лише сприймати зміст слів підлітка, але й звертати увагу на їхню емоційну забарвленість, інтонацію та власну реакцію під час розмови. Інтерпретація проблеми підлітка базується на комплексному аналізі його слів, манери висловлювання та реакціях.

Особливе місце в профілактиці суїцидальної поведінки займає екстрена психологічна допомога через «телефон довіри». Статистика показує, що значна частина звернень до таких служб пов'язана із суїцидальними кризами.

Перевагою телефонного консультування є його доступність та анонімність, що значно полегшує звернення за допомогою. Підліток може самостійно контролювати рівень довіри до психолога та залишатися в безпечному середовищі. Однак комунікація через один канал (слуховий) має свої обмеження, тому психологу необхідно використовувати спеціальні засоби для збору інформації та ефективного впливу на клієнтів означеного віку. Якщо телефонне консультування не дозволяє забезпечити достатній рівень корекційного впливу можливе спрямування підлітка до спеціалістів, які можуть надати більш комплексну допомогу.

Під час роботи з підлітками, які опинились в кризовому стані важливо відстежувати висловлювання, що засвідчують наявність суїцидальних думок. Серед таких фраз: «Я більше не можу», «Їм буде краще без мене», «Життя не має сенсу», «Ви моя остання надія» тощо. При їх наявності варто уточнити справжнє значення сказаного, адже деякі підлітки, говорячи про суїцид, часто заперечують намір його здійснити. Уточнення запитання може допомогти розкрити проблему та оцінити рівень небезпеки.

Ключовим завданням психолога є вміння підтримувати розмову з підлітками упродовж тривалого часу. Це дозволяє поглибити довіру між клієнтом і психологом, отримати більше інформації, ідентифікувати співрозмовника та його місце перебування, а за можливості – зв'язатися з його близькими. Наступним кроком є оцінка рівня ризику суїциду, після чого важливо м'яко підтримати підлітка, що допоможе йому прийняти рішення на користь життя.

Важливо розуміти, що суїцидальні підлітки потребують підтримки, турботи, любові та надії. Тому взаємодія з ними має відбуватися з теплотою, співчуттям і щирою зацікавленістю. Більшість підлітків у кризовому стані хочуть, щоб хтось звернув на них увагу та виявив піклування. Якщо підліток бачить, що він небайдужий психологу і що його проблеми мають значення, це може стати поштовим для пошуку або відновлення сенсу життя, повернення до значущих для нього інтересів.

Важливо надати підлітку можливість вільно висловлюватися. Якщо під час розмови він згадує про будь-які позитивні моменти чи сподівання, слід акцентувати увагу на них. Наприклад, якщо підліток зазначає, що перед спробою суїциду вирішить звернутися до служби екстреної допомоги, консультант має підкреслити значущість цього вибору та висловити радість із приводу його рішення. Це допоможе клієнту усвідомити різноманітність альтернативних варіантів поведінки, серед яких звернення за допомогою може стати найбільш конструктивним виходом.

Одним із методів роботи із суїцидальними підлітками є так званий «контракт на життя» – усна або письмова домовленість, за якою підліток зобов’язується не вчиняти самогубство, незважаючи на труднощі, які можуть виникнути. Вважається, що така домовленість значно знижує ризик повторної суїцидальної спроби.

Суїцидальна поведінка серед підлітків є серйозною соціальною та психологічною проблемою, що вимагає комплексного підходу до її профілактики. Враховуючи вразливість цього вікового періоду, особливо важливо своєчасно виявляти ризики та застосовувати ефективні заходи для їхнього зменшення.

На думку С. Криницької, провідними напрямками профілактики суїцидальної поведінки в підлітків є здійснення освітньо-інформаційної роботи, надання соціальної підтримки та створення безпечного середовища, раннє виявлення та робота з групами ризику, надання медико-психологічної допомоги, психологічна робота з підлітками [10].

1. Освітньо-інформаційна робота спрямована на підвищення рівня обізнаності серед підлітків, батьків і педагогів щодо причин та ознак суїцидальної поведінки. Така робота сприяє ранньому виявленню небезпечних суїцидальних тенденцій. До заходів цієї категорії належать: проведення лекцій, тренінгів, семінарів; поширення інформаційних матеріалів; використання освітніх програм з розвитку психологічної стійкості.

2. Соціальна підтримка та створення безпечного середовища також відіграє важливу роль в запобіганні суїцидальної поведінки підлітків. Адже соціальне оточення підлітка може значено сприяти зменшенню суїцидальних ознак. Створення безпечного середовища та надання соціальної підтримки передбачає: забезпечення позитивної атмосфери в сім’ї та закладі освіти; підтримувати підліткові групи самодопомоги та дружні зв’язки; формувати у підлітків відчуття належності та цінності їхньої особистості.

3. Раннє виявлення та робота з групами ризику. Ефективна профілактика передбачає активний моніторинг психоемоційного стану підлітків. Особливу

увагу слід приділяти: підліткам із проявами депресії, тривожності та низької самооцінки; жертвам булінгу або насильства; тим, хто переживає складні життєві обставини.

4. У деяких випадках підліткам може знадобитися медико-психологічна допомога, яка може включати: роботу з психіатром у разі клінічно виражених станів депресії; призначення медикаментозної терапії за необхідності; комплексну психотерапію для корекції особистісних проблем.

Більш детально зупинимось саме на психологічній роботі з підлітками, які демонструють суїцидальну поведінку.

Так, психологічна підтримка та корекція є одним із найважливіших напрямів профілактики є забезпечення підліткам можливості отримати якісну психологічну допомогу, яка включає: індивідуальне та групове консультування психолога; навчання підлітків навичкам емоційної регуляції та подолання стресу; формування стійких антисуїцидальних установок.

Індивідуальне консультування допомагає підліткам відкрито говорити про свої переживання, виявляти глибинні причини суїцидальних думок та знаходити шляхи їх подолання. Основні завдання індивідуального консультування спрямовано на: створення довірливого простору для вираження емоцій; виявлення індивідуальних психологічних труднощів; навчання конструктивних стратегій виходу зі стресових ситуацій.

Процес консультування проходить низку ключових етапів:

1. Первинна діагностика – оцінка психоемоційного стану підлітка, аналіз факторів ризику.
2. Встановлення довіри – формування безпечного середовища для відкритого спілкування.
3. Психологічна корекція – робота над емоційною стабільністю, зміною деструктивних переконань.
4. Навчання навичкам саморегуляції – розвиток методів емоційної стійкості та подолання труднощів.

5. Закріплення результатів – формування довготривалих позитивних змін у поведінці та світосприйнятті.

Під час індивідуального консультування підлітків, які демонструють схильність до суїцидальної поведінки можуть застосовуватись такі методи психологічної роботи.

При виборі напряму психокорекційної та психотерапевтичної роботи з підлітками необхідно враховувати кваліфікацію консультантів та їхню компетентність у певних видах психотерапії. Основні напрями роботи включають:

1. Кризова психотерапія – спрямована на трансформацію кризової ситуації, виявлення та корекцію неадекватних переконань, а також навчання нових способів розв'язання суїцидального конфлікту. Використовується в індивідуальній, сімейній та груповій формах.

2. Когнітивна психотерапія – допомагає усунути невідповідність між реальністю та сприйняттям підлітка, особливо в умовах суїцидального конфлікту. Цей метод ефективний в подоланні відчуття безнадійності та формуванні когнітивних стратегій запобігання повторним суїцидальним спробам.

3. Аксіологічна корекція базується на переосмисленні особистісних цінностей. Важливим завданням є підвищення цінності власного життя та особистості шляхом залучення раціональної психотерапії, а також можливе використання християнської психотерапії.

4. Раціональна психотерапія передбачає логічний аналіз стану підлітка, ідентифікацію причин психологічної дезадаптації та зв'язок психологічного стану із соматичними симптомами. Вона сприяє усвідомленню власного стану, зменшенню тривожності та напруження, а також зміцненню ціннісно-смыслової сфери, що має на меті підвищення усвідомлення цінності життя.

5. Гештальттерапія спрямована на корекцію процесів сприймання, опрацювання та актуалізації інформації, спираючись на ключові принципи: взаємозв'язок фігури і фону; їхню єдність та протилежність; усвідомлення та

концентрація на теперішньому моменті; захисту; розвиток зрілості та відповідальності. В межах цього підходу підлітками з суїцидальними нахилами пропонується зосередитися на переживаннях у форматі «тут і тепер», уникаючи звернення до минулого чи прогнозування майбутнього. Це сприяє нормалізації процесів саморегуляції, покращенню соціальної адаптації та зміцненню особистісних ресурсів.

6. Психодрама як груповий психотерапевтичний метод передбачає створення драматичних імпровізацій, які допомагають глибше усвідомити внутрішній світ особистості. Завдяки цьому відбувається програвання та опрацювання внутрішніх переживань, зміна ставлення до психотравмуючих подій і переосмислення мотивів поведінки.

7. Сімейна психотерапія спрямована на корекцію дисгармонійних стосунків у найближчому оточенні суїциденту, що є наслідком для запобігання настання суїцидальних криз. Під час роботи аналізується соціально-психологічна природа суїцидальної поведінки, перевіряються причини вчинку, специфіку сімейних взаємовідносин та їх вплив на стан клієнта.

8. Аутогенне тренування спрямоване на розвиток навичок саморегуляції та розширення адаптаційного потенціалу особистості. Завдяки цьому методу відбувається вихід із кризового стану, знижується рівень афективних розладів, формуються ефективні механізми емоційної та мотиваційно-сислової саморегуляції. Це сприяє створенню позитивного емоційного фону та безпечному коригуванню агресивних почуттів.

9. Означені напрямки, в роботі з суїцидентами можуть використовуватися й інші психотерапевтичні підходи, які добираються виключно від індивідуальних особливостей, тяжкості суїцидальної поведінки та характеру психотравми. Важлива роль змінює рівень професійної підготовки та досвід психолога у розв'язанні подібних проблем.

Отже, індивідуальне консультування є ефективним засобом профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків, оскільки надає їм підтримку, необхідні психологічні інструменти та впевненість у майбутньому.

Важливо, щоб така допомога була доступною та систематичною, забезпечуючи молоді можливість подолати кризові моменти та знайти нові сенси життя.

Групове консультування є важливим методом надання психологічної підтримки, оскільки дозволяє підліткам відчувати, що вони не самотні у своїх труднощах. У групах вони можуть отримувати взаємну підтримку, навчатися емпатії та розвивати навички ефективної комунікації.

Розвиток здатності керувати власними емоціями є ключовим фактором у зниженні ризику суїцидальної поведінки. Для цього підлітків навчають: технік релаксації, дихальних вправ і медитації; методів когнітивної переоцінки негативних думок; навичок ефективного подолання стресу та вирішення конфліктів. А практичні заняття, тренінги та рольові ігри допомагають підліткам закріпити ці навички та використовувати їх у повсякденному житті.

Одним із важливих аспектів профілактики суїцидальної поведінки є формування у підлітків стійких переконань щодо цінності життя. Для цього застосовуються: позитивне підкріплення та розвиток почуття власної значущості; робота над усвідомленням життєвих цілей та мотивації; створення підтримуючого середовища, що сприяє емоційному благополуччю.

Зауважимо, що психологічна підтримка підлітків має бути комплексною, індивідуально орієнтованою та постійною. Тільки таким чином можна ефективно запобігти суїцидальній поведінці та допомогти молоді впоратися з життєвими труднощами.

Отже, профілактика суїцидальної поведінки серед підлітків вимагає злагодженої роботи сім'ї, школи, медичних установ і суспільства загалом. Важливо створити підтримуюче середовище, де кожен підліток відчуватиме свою значущість та матиме можливість отримати необхідну допомогу. Лише комплексний підхід дозволить зменшити ризики та сприяти збереженню психічного здоров'я молодого покоління.

Висновки до розділу 1

Суїцидальна поведінка є складним феноменом, який привертає увагу дослідників з різних галузей наук. Розуміння понять «суїцид» та «суїцидальна поведінка» є фундаментальним для дослідження та профілактики самогубств. Чітке визначення означених термінів дозволяє фахівцям ефективніше ідентифікувати ризики та надавати належну допомогу особам, які перебувають у кризових станах. В ході історичного розвитку людства сформувалось у вигляді концепцій певне розуміння цього явища, а саме: психопатологічна, психологічна, соціальна. Психологічні концепції суїцидальної поведінки намагаються пояснити причини та механізми, що спонукають людину до самогубства, а також додаток факторів ризику та розробити стратегії профілактики. Соціальна концепція суїцидальної поведінки підкреслює важливість суспільних структур та міжособистісних взаємодій у формуванні суїцидальних тенденцій, що дозволяє розробляти комплексні підходи до профілактики та втручання.

Особистісний сенс суїцидальної поведінки є багатозначним і може бути класифікований за такими типами: протест, помста, заклик про допомогу, уникнення (від покарання або першою), самопокарання, відмова. Запропонована типологія має не лише пояснювальне, а й прогностичне значення, оскільки дозволяє передбачити особливості постсуїцидальних періодів у разі невдалих спроб самогубства

Підлітковий вік є одним із найскладніших періодів у формуванні особистості, що нерідко супроводжується емоційними порушеннями, поведінковими відхиленнями та труднощами соціальної адаптації. Розвиток підлітків відбувається під впливом багатьох біологічних, психологічних і соціальних чинників. Важливі зміни стосуються не лише фізичного розвитку, а й розширенням самосвідомості, що супроводжується зростанням почуття власної гідності, усвідомленням власних можливостей і здібностей. Справжнє самогубство підлітка є кульмінацією внутрішньої боротьби між життям і

смертю, у якій руйнуються всі фактори, які раніше втримували в цьому світі. Підлітки пояснюють свої суїцидальні спроби, беручи на себе відповідальність за власний вчинок або перекладаючи цю ж відповідальність на інших. Вони не завжди усвідомлюють остаточність та незворотність свого вибору.

Суїцидальна поведінка формується під впливом як зовнішніх обставин, так і особистісних чинників, що впливають на здатність підлітків адаптуватися до кризових ситуацій. Передумови для виникнення суїцидальної поведінки не є прямими чинниками, але впливають на дії підлітків та визначають характер наслідків. Відповідно одні й ті самі чинники за різних умов можуть призвести до різних результатів. До основних психологічних чинників суїцидальної поведінки у підлітків належать: посилена емоційна напруженість; імпульсивність та емоційна нестійкість; почуття провини та занижена самооцінка; депресивний емоційний фон під час конфліктів; психічні розлади; соціальні фактори тощо. Посилена емоційна напруженість виявляється в потребі у швидкості, низькій здатності до психологічного захисту, труднощах у подоланні фрустрації. Імпульсивність та емоційна нестійкість підлітків визначається емоційними спалахами, підвищеною сугестивністю, безкомпромісністю, нестачею життєвого досвіду. Підлітки часто-густо некритично виявляють схильність до наслідування переживання реальних людей або персонажів художніх творів, з якими вони зіткнулися і які справили на них сильне емоційне, навіть заворожуюче враження.

Почуття провини та занижена самооцінки також провокують відчуття безнадії, самотності, труднощі в емоційній регуляції, перфекціонізм. Соціальні фактори такі як негативні сімейні стосунки, відсутність соціальної підтримки, наявність суїцидальних конфліктів серед близьких суттєво пригнічують психологічний стан підлітків

Провідними напрямками профілактики суїцидальної поведінки в підлітків є здійснення освітньо-інформаційної роботи, надання соціальної підтримки та створення безпечного середовища, раннє виявлення та робота з групами ризику, надання медико-психологічної допомоги, психологічна

робота з підлітками. психологічна підтримка та корекція є одним із найважливіших напрямів профілактики є забезпечення підліткам можливості отримати якісну психологічну допомогу, яка включає: індивідуальне та групове консультування психолога; навчання підлітків навичкам емоційної регуляції та подолання стресу; формування стійких антисуїцидальних установок.

Індивідуальне консультування допомагає підліткам відкрито говорити про свої переживання, виявляти глибинні причини суїцидальних думок та знаходити шляхи їх подолання. Основні завдання індивідуального консультування спрямовано на: створення довірливого простору для вираження емоцій; виявлення індивідуальних психологічних труднощів; навчання конструктивних стратегій виходу зі стресових ситуацій. Групове консультування є важливим методом надання психологічної підтримки, оскільки дозволяє підліткам відчувати, що вони не самотні у своїх труднощах. У групах вони можуть отримувати взаємну підтримку, навчатися емпатії та розвивати навички ефективної комунікації.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

2.1. Опис експериментального дослідження

Емпірична частина дослідження була присвячена вивченню та аналізу проявів суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку. Задля реалізації мети та завдань нашого дослідження було використано такі психодіагностичні методики: *Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI)* [26]; *опитувальник суїцидального ризику (ОСР)* [26]; *шкала оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI)* [67];

Далі пропонуємо до розгляду опис методики «Шкала депресії Бека» (Beck's Depression Inventory, BDI).

Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) це один із перших високорелевантних і специфічних тестів, розроблених для діагностики та оцінювання рівня депресивних розладів в практиці надання психологічної допомоги.

Методика «Шкала депресії Бека» і досі залишається актуальною й широко застосовується в практиці роботи психологів та психіатрів. Автором розроблено декілька версій діагностичної методики: BDI, BDI-1A та BDI-II. Безпосередньо для підлітків застосовується окрема версія методики в адаптації М. В. Тарабріної.

Респонденти отримують таку інструкцію: «Прочитайте запропоновані твердження, які подано навпроти порядкових цифр. Будь ласка, оберіть той варіант відповіді, який найбільш вдано описує Ваш психологічний стан та самопочуття тут і зараз. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім оберіть ті відповіді, які правдиві по відношенню до Вас».

Реєстраційний бланк та текст опитувальника подано в додатку А.

Обробка отриманих результатів здійснюється за такою шкалою: за всі обрані відповіді варіанту «а» – нараховується «0» балів; за всі обрані відповіді варіанту «б» – нараховується «1» бал; за всі обрані відповіді варіанту «в» – нараховується «3» бали; та за всі обрані відповіді варіанту «г» – нараховується «4» бали. Всі отримані бали респондента утворюють суму набраних балів. За ситуації, обрання респондентом декількох варіантів відповідей – бали за додатково обрані відповіді також додаються до загальної суми балів.

Відповідно до кількості набраних балів, визначається ступінь прояву депресії у респондента, а саме: 0-4 бали – депресія відсутня; 5-7 бали – легкий ступінь депресії; 8-15 бали – середній ступінь депресії; 16 і більше балів – високий рівень депресії. Відповідно, де рівень відсутності депресії (0-4 бали) має такі ознаки: підлітки почуваються емоційно стабільними, задоволеними собою, не мають труднощів із прийняттям рішень, зберігають звичайну активність та оптимізм щодо майбутнього.

Легкий ступінь депресії (5–7 балів) характеризується незначним погіршенням настрою, можливою втомою або періодичною тривогою. Підлітки можуть почуватися менш впевненими у своїх діях або відчувати легке розчарування у власних можливостях, але ці симптоми не порушують звичайного ритму життя.

Середній ступінь депресії (8–15 балів). В респондентів означеного рівня спостерігаються виразніші депресивні симптоми, такі як зниження настрою, втрата інтересу до улюблених занять, труднощі з концентрацією уваги, зниження енергії та соціальна ізоляція. Підлітки можуть відчувати невпевненість, тривогу та безнадійність, які починають впливати на якість їхнього життя.

Високий рівень депресії (16 і більше балів). Цей рівень вказує на наявність тяжкої депресії. Характерними є постійне відчуття смутку, безнадійності, зниження самооцінки та апетиту, безсоння чи надмірна

сонливість. Підліток може відчувати сильну втомлюваність, відсутність інтересу до життя та суїцидальні думки. Такий стан вимагає негайної професійної допомоги.

Далі пропонуємо до розгляду опис опитувальника суїцидального ризику (ОСР).

Означений опитувальник передбачає визначення рівня суїцидального ризику та попереднього виявлення схильності особи до здійснення суїцидальних намірів задля вчасного попередження здійснення особою спроби самогубства. Перевагою опитувальника є можливість отримання діагностичних даних як шляхом індивідуального так і групового тестування.

Схильність респондента до суїцидального ризику визначається за такими шкалами: демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, тимчасова перспектива, антисуїцидальний фактор. Результати обстеження по кожній з окреслених шкал створюють індивідуальний профіль респондента, який дозволяє не лише визначити схильність до суїцидального ризику, але й схарактеризувати стиль її суїцидальних проявів.

Респонденти отримують таку інструкцію: «Вам пропонується до ознайомлення низка тверджень, які Ви маєте оцінити. Якщо Ви погоджуєтесь із твердженням, то в стовпчику для відповідей ставите позначку «+». Якщо Ви не погоджуєтесь із твердженням, то в стовпчику для відповідей ставите позначку «-». Реєстраційний бланк та текст опитувальника подано в додатку Б.

Обробка отриманих результатів здійснювалась таким чином. Згідно таблиці 2.1., кожній шкалі опитувальника відповідала певна кількість тверджень. В обробці даних застосовувались лише відповіді з позначкою «+». Далі кількість позитивних відповідей помножувалась на означений коефіцієнт (див. табл.2.1). На основі отриманої кількості балів по кожній із означених шкал, вибудовувався індивідуальний профіль суїцидального ризику

респондента. Чим ближче було значення кожного з результатів шкали до максимальної позначки – тим виразнішою була ознака.

Таблиця 2.1.

Ключ опитувальника суїцидального ризику (ОСР)

Шкала	Номери тверджень	Коефіцієнт	max значення фактора
1. Демонстративність	12,14,20,22,27	1,2	6
2. Афективність	1,10,20,23,28,29	1,1	6,6
3. Унікальність	1,12,14,22,27	1,2	6
4. Неспроможність	2,3,6,7,21	1,5	7,5
5 Соціальний песимізм	5,11,13,15,22,25	1	6
6. Злам культурних бар'єрів	8,9,18	2,3	6,9
7. Максималізм	4,16	3,2	6,4
8. Тимчасова перспектива	2,3,12,24,26,27	1,1	6,6
9.Антисуїцидальний фактор	17,19	3,2	6,4

Далі наведено опис кожної із шкал. Так, демонстративність (0-6 балів) характеризується бажанням привернути увагу до своїх проблем, отримати співчуття та підтримку. Зовні це може сприйматися як «шантаж» або «істерична демонстрація підлітком труднощів», тоді як внутрішньо переживається як «крик про допомогу». Особливо небезпечно, коли демонстративність поєднується з емоційною ригідністю, що може призвести до незворотних дій у «діалозі зі світом».

Афективність (0-6,6 балів). Виявляється у вигляді домінування емоцій над раціональним мисленням у сприйнятті підлітком ситуації. Підлітки схильні реагувати на психотравму безпосередньо емоційно, без контролю інтелекту. У крайніх випадках це призводить до афективної блокади мислення, що ускладнює об'єктивну оцінку ситуації.

Унікальність (0-6 балів) полягає у сприйнятті підлітком себе та своєї ситуації як виняткової, незвичайної. Таке ставлення часто передбачає пошук нестандартних, іноді радикальних, виходів, включаючи суїцид. Унікальність часто призводить до виникнення феномену «непроникності» для досвіду, тобто підлітки відчують труднощі у використанні чужого життєвого досвіду для полегшення власного стану.

Неспроможність (0-7,5 балів). Відображає негативне ставлення підлітків до себе, усвідомлення власної недосконалості, непотрібності та «виключеності» зі світу. Може проявлятися у фізичній, інтелектуальній, моральній чи інших сферах. Цей стан часто супроводжується самозвинуваченнями та інтрапунітивною поведінкою. Провідний стан підлітка визначається як «Я поганий».

Соціальний песимізм (0-6 балів) характеризується негативним сприйняттям навколишнього світу, який здається ворожим і несправедливим. Підліток відчуває розрив між власними уявленнями про нормальні стосунки та реальністю. Соціальний песимізм пов'язаний із екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції, коли зовнішні обставини чи оточення звинувачуються у проблемах. При відсутності вираженої самооцінки внутрішній монолог може звучати як: «Ви всі негідні мене».

Злам культурних бар'єрів (0-6,9 балів). Проявляється у формуванні культу самогубства. Підліток може шукати культурні чи соціальні цінності, що виправдовують суїцид, або знаходити його привабливим. Такі моделі часто запозичуються з літератури, кіно чи з інших культурних джерел. У крайніх випадках відбувається інверсія цінностей життя і смерті. Це може відображати глибоку смислову установку на самодіяльність, виражену у переконанні: «Я сам визначаю кінець свого існування».

Максималізм (0-6,4 бали). Спостерігається інфантильний максималізм ціннісних орієнтирів. Підлітки схильні до узагальнення локального конфлікту чи невдачі, розглядаючи їх як катастрофічні, з неможливістю компенсації в

інших життєвих сферах. Максималізм супроводжується афективною фіксацією на невдачах, що ускладнює адаптацію.

Тимчасова перспектива (0-6,6 балів). Спостерігається відсутність здатності до конструктивного планування майбутнього. Підлітки занурюються в поточні проблеми, які здаються нерозв'язними, що формує глобальний страх перед майбутніми поразками та невдачами. Це ускладнює вихід із кризової ситуації.

Антисуїцидальний фактор (0-6,4 бали). Цей фактор знижує суїцидальний ризик навіть за умов високої вираженості інших факторів. Включає почуття відповідальності за близьких, моральні переконання, страх перед болем або фізичними стражданнями, а також сприйняття самогубства як гріха чи антиестетичного явища. Він є важливою основою для ефективної психокорекційної роботи.

Далі пропонуємо до розгляду опис шкали для оцінки суїцидального мислення А. Бека (Scale for Suicidal Ideation; SSI).

Класичним і найбільш поширеним інструментом для оцінки суїцидального ризику в підлітків та дорослих є шкала SSI, розроблена А. Беком та співавторами. Складовими суїцидального мислення визначено активне суїцидальне бажання, пасивне бажання та підготовчі дії. Час заповнення респондентом бланку інтерв'ю становить приблизно 10 хвилин.

Шкала стандартизована для використання як у госпіталізованих пацієнтів, так і в амбулаторній практиці. Вона апробована в закладах первинної медичної допомоги, відділеннях невідкладної допомоги, реабілітаційних програмах і приватній практиці.

Шкала достовірно розрізняє суїцидальних пацієнтів, госпіталізованих до стаціонару, від депресивних амбулаторних пацієнтів. Вона виявляє відмінності між особами з історією парасуїциду та тими, хто не має таких епізодів. Загальний бал шкали позитивно корелює з інтенсивністю суїцидального мислення, яке щодня моніторить сам респондент.

Шкала демонструє високу прогностичну точність щодо завершених суїцидів серед пацієнтів психіатричних закладів. Особи з балами понад 2 мають у 7 разів вищу ймовірність завершеного суїциду, ніж інші пацієнти. SSI є надійним інструментом для оцінки суїцидального ризику, що дозволяє ефективно диференціювати пацієнтів із різним рівнем ризику. Реєстраційний бланк та текст опитувальника подано в додатку В.

Оцінювання результатів респондентів здійснюється на основі таких показників: ставлення до життя, характеристики суїцидальної ідеаторної активності, характеристики можливої суїцидальної спроби, реалізація можливого суїциду, передумови для здійснення суїциду.

Так, ставлення до життя/смерті вбирає в себе такі ознаки: бажання жити, бажання померти, аргументи на користь життя/смерті, бажання здійснити активну суїцидальну спробу, пасивна суїцидальна спроба. Характеристики суїцидальної ідеаторної активності виявляються в таких ознаках: тривалість думок, частота, ставлення до суїцидальних думок/бажань, контроль над суїцидальною поведінкою, стримуючі чинники, причини можливої суїцидальної спроби. Характеристики можливої суїцидальної спроби виявляються в таких ознаках: ступінь продуманості, ступінь доступності методу і наявність можливості для здійснення суїциду, суб'єктивне відчуття здатності до здійснення суїциду, очікування/передбачення суїцидальної спроби. Реалізація можливого суїциду вбирає в себе такі ознаки: реальна підготовка, передсмертна записка, суб'єктивне відчуття здатності до здійснення суїциду, очікування/передбачення суїцидальної спроби. Передумови для здійснення суїциду відображаються в таких ознаках: наявність суїцидальних спроб у минулому, бажання померти після останньої суїцидальної спроби.

Висновок про суїцидальні думки респондента робиться на основі суми всіх набраних балів. Шкала оцінки суїцидального мислення А. Бека представлена в форматі напівструктурованого інтерв'ю і містить 21 пункт. Дев'ятнадцять пунктів шкали містять висловлювання, які оцінюються

респондентом від 0 до 2 балів. Два додаткових пункти фіксують попередні спроби суїциду та їх кількість. Сума балів, яку максимально може набрати респондент становить 38 балів. Чим більше балів набирає респондент, тим вищий ризик суїциду. Клінічно значущим порогом вважається 6 балів і більше.

Отже, окреслені методики становлять комплекс діагностичного інструментарію, який застосовувався для визначення проявів схильності до суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку.

2.2. Діагностика проявів схильності до суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку

Констатувальний етап дослідження передбачав визначення проявів схильності до суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку. Експериментальне дослідження здійснювалось за участі лікаря-психіатра Комунального некомерційного підприємства «Психіатрична лікарня м. Краматорська» та Комунального некомерційного підприємства обласної клінічної психіатричної лікарні м. Слов'янська.

В дослідженні взяло участь 72 учня 7-10 класів віком 13-16. Діагностичне обстеження проводилось індивідуально із збереженням конфіденційності за власним бажанням учнів. Експериментальне дослідження проводилось на базі Лиманського ліцею № 4 Лиманської міської ради, Лиманського ліцею № 5 Лиманської міської ради та Соледарської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 13 з поглибленим вивченням англійської мови Соледарської міської ради Донецької області.

Результати діагностичного обстеження рівня депресії підлітків, за методикою *шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI)* подано в таблиці 2.2.

Так, аналіз результатів діагностичного обстеження за шкалою депресії А. Бека вказує на те, що 62,5% підлітків не мають проявів депресії. Підлітки з

таким рівнем не демонструють значних симптомів депресії. Вони можуть відчувати легкі коливання настрою, але це не впливає на їхню щоденну діяльність та соціальне функціонування. Їхній психологічний стан характеризується відсутністю почуття тривоги, безнадії, або втрати інтересу до повсякденних справ.

Аналіз результатів діагностичного обстеження вказує на те, що 13,9% підлітків відчують легкі прояви депресії. Підлітки з таким рівнем схильності до депресії мають легкі симптоми депресії, які можуть включати періодичні почуття суму, тривоги, або втрати інтересу до деяких звичних справ. Ці симптоми можуть бути помітні, але не суттєво впливають на їхнє повсякденне життя. Підлітки періодичні переживають почуття суму, тривоги, або втрати інтересу до звичних справ, можуть бути проблеми зі сном або апетитом.

Таблиця 2.2.

Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою депресії

А. Бека (констатувальний етап, у %)

Шкала депресії	Кількість осіб	Дані у %
Низький рівень (відсутність проявів депресії)	45	62,5
Нижче за середній (легкі прояви депресії)	10	13,9
Середній рівень (середній рівень депресії)	8	11,1
Високий рівень (високий рівень появу депресії)	9	12,5
Всього:	72	100

Згідно отриманих діагностичних даних 11,1% підлітків мають середній рівень депресії. Підлітки з таким рівнем мають більш виражені симптоми депресії, які можуть включати постійне почуття суму, безнадії, або втрати інтересу до більшості діяльностей. Ці симптоми можуть суттєво впливати на їхнє повсякденне життя та соціальне функціонування. Для респондентів постійне почуття суму, безнадії, або втрати інтересу до більшості

повсякденних справ, проблеми зі сном або апетитом, почуття провини або невдахи.

На жаль, з-поміж респондентської групи було виявлено 12,5% підлітків, результати яких відповідали високому рівню депресії. Підлітки з таким рівнем мають серйозні симптоми депресії, які можуть включати інтенсивне почуття суму, безнадії, або втрати інтересу до всіх діяльностей. Ці симптоми можуть суттєво впливати на їхнє повсякденне життя, соціальне функціонування, та навіть призводити до суїцидальних думок або вчинків. Респонденти із високим рівнем депресії можуть відчувати інтенсивне почуття суму, безнадії, або втрати інтересу до всіх повсякденних справ, серйозні проблеми зі сном або апетитом, почуття провини або невдахи, суїцидальні думки або вчинки.

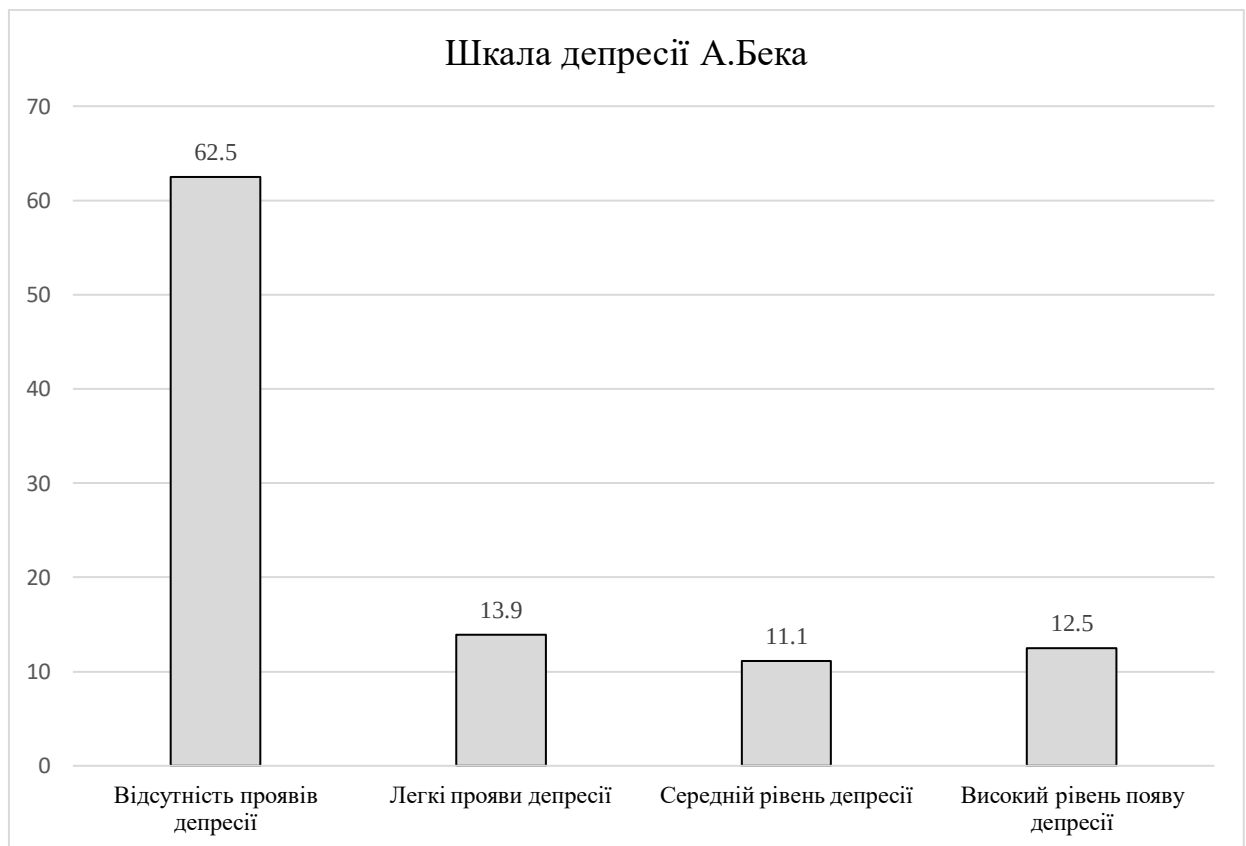


Рис. 2.2. Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою депресії А. Бека (констатувальний етап дослідження)

Наведемо результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику на констатувальному етапі дослідження подано в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (констатувальний етап, у %)

Шкала	Низький	Середній	Високий
1. Демонстративність (6)	63 (87,5%)	5 (6,9%)	4 (5,6%)
2. Афективність – 6,6	39 (54,2%)	19 (26,4%)	14 (19,4%)
3. Унікальність - 6	45 (62,5%)	15 (20,8%)	12 (16,7%)
4. Неспроможність – 7,5	39 (54,1%)	20 (27,8%)	13 (18,1%)
5 Соціальний песимізм - 6	58 (80,5%)	12 (16,7%)	2 (2,8%)
6. Злам культурних бар'єрів – 6,9	68 (94,4%)	4 (5,6%)	0,0
7. Максималізм – 6,4	32 (44,5%)	22 (30,6%)	18 (24,9)
8. Тимчасова перспектива – 6,6	40 (55,5%)	19 (26,4%)	13 (18,1%)
9. Антисуїцидальний фактор – 6,4	1 (1,4%)	8 (11,1%)	63 (87,5%)

Так, результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику засвідчує, що серед респондентів за шкалою «Демонстративність» було виявлено, що низький рівень виявився у 63 (87,5%) респондентів, середній рівень демонстративності було зафіксовано у 5 (6,9%) опитаних та високий рівень ризику до прояву демонстративності спостерігався у 4 (5,6%) підлітків.



Рис. 2.3. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Демонстративність»)

За шкалою «Афективність» результати діагностичного обстеження розподілились таким чином: високого рівня афективності досягло 14 (19,4%) респондентів, середній рівень афективності було визначено у 19 (26,4%) опитаних та низький рівень афективності був властивий 39 (54,2%) підліткам.



Рис. 2.4. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Афективність»)

Дослідження даних за шкалою «Унікальність» вказує на те, що незначений прояв цієї шкали було виявлено у 45 (62,5%), середній рівень прояву унікальності було зафіксовано у 15 (20,8%) респондентів та високого рівня унікальності досягло 12 (16,7%).



Рис. 2.5. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Унікальність»)

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Неспроможність» засвідчують, що 39 (54,1%) досягли низького рівня неспроможності, 20 (27,8%) демонструють середні прояви неспроможності, в той же час ознаки неспроможності помічають в себе 13 (18,1%) підлітків.



Рис. 2.6. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Неспроможність»)

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Соціальний песимізм» засвідчують, що 58 (80,5%) досягли низького рівня песимізму, 12 (16,7%) демонструють середні прояви песимізму, в той же час ознаки песимізму помічають в себе 2 (2,8%) підлітків.

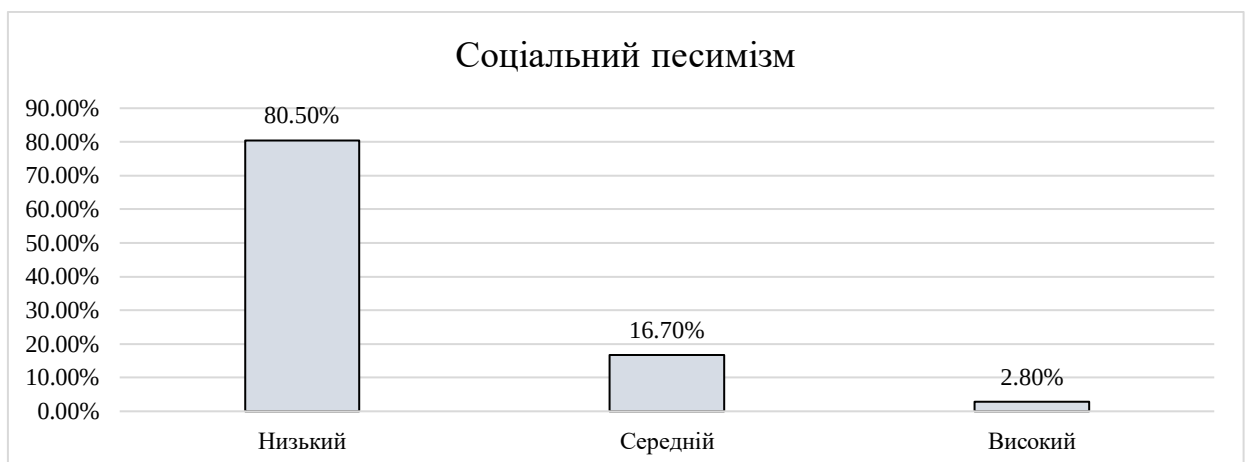


Рис. 2.7. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Соціальний песимізм»)

За шкалою «Злам культурних бар'єрів» результати діагностичного обстеження розподілились таким чином: на високому рівні зламу культурних бар'єрів не було зафіксовано жодної відповіді, середній рівень зламу культурних бар'єрів було визначено у 4 (5,6%) опитаних та низький рівень зламу культурних бар'єрів було помічено у 68 (94,4%) підлітків.



Рис. 2.8. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Злам культурних бар'єрів»)

Серед респондентів за шкалою «Максималізм» було виявлено, що низький рівень виявився у 32 (44,5%) респондентів, середній рівень максималізму було зафіксовано у 22 (30,6%) опитаних та високий рівень ризику до прояву максималізму спостерігався у 18 (24,9) підлітків.



Рис. 2.9. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Максималізм»)

Дослідження даних за шкалою «Тимчасова перспектива» вказує на те, що незначений прояв цієї шкали було виявлено у 40 (55,5%) опитаних, середній рівень прояву тимчасової перспективи було відмічено у 19 (26,4%) респондентів та високого рівня прояву тимчасової перспективи досягло 13 (18,1%) підлітків.



Рис. 2.10. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Тимчасова перспектива»)

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Антисуїцидальний фактор» засвідчують, що 1 (1,4%) досягло низького рівня прояву антисуїцидальності, 8 (11,1%) продемонстрували середні прояви антисуїцидальності, в той же час ознаки неспроможності помічають в себе 63 (87,5%) підлітків.

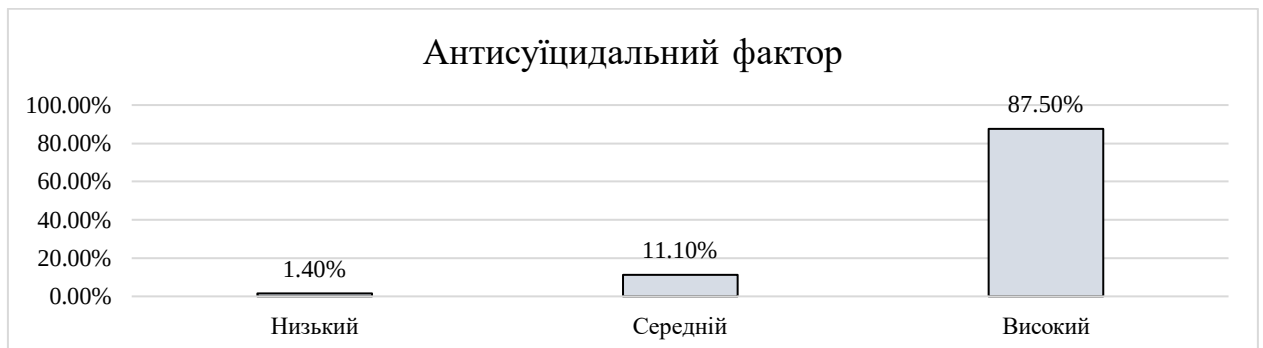


Рис. 2.11. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Антисуїцидальний фактор»)

Далі наведемо результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека на констатувальному етапі дослідження, які подано в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека (констатувальний етап, у %)

Шкала	Низький	Середній	Високий
Характеристики суїцидальної ідеаторної активності	69 (95,8%)	3 (4,2%)	0 (0%)
Реалізація можливого суїциду	67 (93,1%)	4 (5,6%)	1 (1,3%)
Передумови для здійснення суїциду	65 (90,3%)	5 (6,9%)	2 (2,8%)
Ставлення до життя/смерті	54 (74,9%)	11 (15,3%)	7 (9,8%)
Характеристики можливої суїцидальної спроби	66 (91,7%)	5 (6,9%)	1 (1,4%)

Проаналізуємо результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека. Так, за даними субшкали «Характеристики суїцидальної ідеаторної активності» значна більшість підлітків демонструють низький рівень ідеаторської активності, що вказує на загальний огляд ризику (95,8%); невелика частка підлітків перебуває в зоні виявленого ризику (середній рівень) та потребує додаткової уваги з боку психологів (4,2%). Відсутність осіб з високим рівнем ідеаторної активності є позитивним показником (0%).

Результати діагностичного обстеження за субшкалою «Реалізація можливого суїциду» вказують на те, що основна група підлітків має низький ризик реалізації суїцидальних думок (93,1%). В той же час, варто зазначити, що частка в зоні середнього ризику є вищою, ніж за попередньою субшкалою, що вимагає уваги до своїх психологічних станів (5,6%). Хоча цей високого рівня реалізації можливого суїциду, показник незначний, він демонструє реальну небезпеку для окремих респондентів (1,3%). Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального

мислення А. Бека на констатувальному етапі дослідження унаочнено в рис. 2.12.

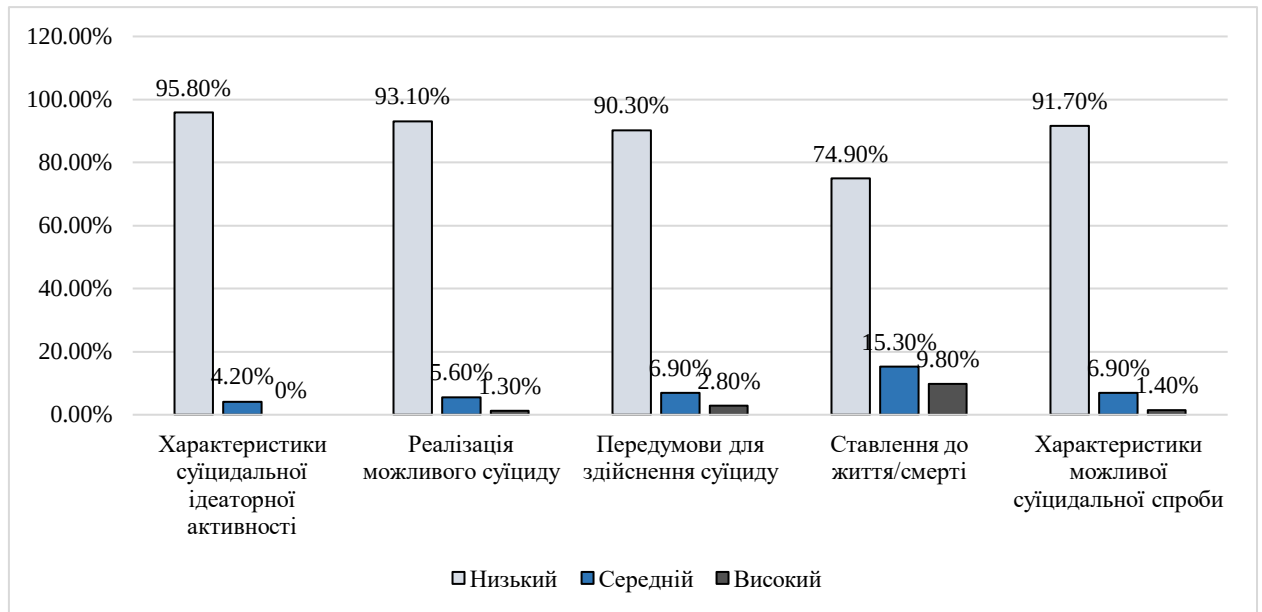


Рис. 2.12. Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека (констатувальний етап, у %)

Варто зазначити, що за субшкалою «Передумови для здійснення суїциду», переважна більшість підлітків продемонстрували низький рівень передумов до суїциду. Проте порівняно вищий рівень середнього ризику було виявлено в 6,9% респондентів. На жаль було зафіксовано, що 2,8% підлітків опинились на високому рівні передумов до здійснення суїциду, що вимагає термінового залучення респондента до роботи з психологом

За результатами констатувального експерименту, дані за субшкалою «Ставлення до життя/смерті» виявились такими: найнижчий відсоток серед усіх шкал було зафіксовано з-поміж підлітків (74,9%) з низьким рівнем прагнення до смерті. Це свідчить про те, що значна частина респондентів орієнтовано на життя. Середній рівень прояву ставлення до життя/ смерті було помічено в 15,3% опитаних осіб. Це найвищий середній рівень серед усіх шкал, що потребує роботи над покращенням життєвих установ. Високий рівень толерантного ставлення до смерті проявився у 9,8% підлітків, що на нашу думку вимагає підвищеної уваги.

Не менш значущими є дані діагностичного обстеження за субшкалою «Характеристика можливої суїцидальної спроби», на основі результатів якої стає зрозумілим, що переважна більшість підлітків не демонструє ознак ризику здійснення суїцидальної спроби (91,7% – низький рівень). Проте 6,9% респондентів не виявляють негативного ставлення до суїцидальної спроби. В той же час мусимо констатувати про вірогідність такої небезпеки для 1,4% підлітків, результати яких відповідають високому рівню здійснення суїцидальної спроби.

Отже, результати діагностичного обстеження рівнів суїцидальної поведінки підлітків на констатувальному етапі дослідження обумовлюють необхідність розробки та запровадження тренінгової програми, спрямованої на зниження рівнів суїцидальних проявів в осіб підліткового віку.

2.3. Опис тренінгової програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці

З метою профілактики суїцидальної поведінки в підлітків, було здійснено розробку та запровадження відповідної тренінгової програми. Тренінгова програма реалізовувалась таких закладах освіти проводилось на базі Лиманського ліцею № 4 Лиманської міської ради та Лиманського ліцею № 5 Лиманської міської ради та Соледарської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 13 з поглибленим вивченням англійської мови Соледарської міської ради Донецької області в період з травня 2024 року по серпень 2024 упродовж чотирьох місяців один раз на тиждень. Тривалість одного тренінгового заняття становила 60–90 хвилин.

До участі в тренінговій програмі було залучено 43 учня. Далі подано зміст тренінгової програми та тренінгових занять, спрямованих на профілактики суїцидальної поведінки в підлітків.

*Тренінгова програма з профілактики суїцидальної поведінки в підлітків
«Сила життя: знайди підтримку і натхнення»*

Мета програми: допомогти підліткам набути навичок емоційної регуляції, стресостійкості та самоприйняття; формувати позитивне ставлення до себе, власних почуттів та життя в цілому; сприяти усвідомленню важливості отримання психологічної підтримки та допомоги за станів, які свідчать про психологічне неблагополуччя.

Цільова аудиторія: підлітки (13-16 років). Програма складалась з 16 тренінгових занять такої тематики: «Знайомство та створення безпечного простору», «Світ емоцій: як їх розуміти і виражати», «Коли емоції накривають: перша допомога собі», «Як розпізнати тривожні стани в себе та інших», «Стрес: як він впливає на нас і як його подолати», «Вчимося мріяти: створення позитивного бачення майбутнього», «Конфлікти: як з ними справлятися», «Що робити, коли важко: алгоритм самодопомоги», «Вірити в себе: як подолати сумніви», «Пошук підтримки: як звернутися за допомогою», «Арт-терапія: знайди гармонію у творчості», «Як уникати вигоряння і піклуватися про себе», «Сила команди: ми разом», «Як розпізнати сигнали тривоги у друзів», «Вчимося говорити «Ні»: захист особистих кордонів», «Мій життєвий шлях: підсумки роботи».

Дані наведено зміст розроблених тренінгових занять.

Тренінгове заняття 1. Знайомство та створення безпечного простору.

Мета: познайомити учасників тренінгу, створити атмосферу комфорту та довіри в групі; визначити спільні правила для забезпечення безпечного простору.

Обладнання: клубок ниток, ватман або фліпчарт, маркери, стікери, предмет для передачі в колі (м'ячик, іграшка тощо).

Структура тренінгового заняття. У вступній частині (10 хвилин) тренер представив себе, мету програми та формат занять. Учасникам було запропоновано висловити власні очікування від участі в тренінгу з подальшим коротким обговоренням відповідей підлітків стосовно того, чого вони

очікують від тренінгу (метод: «Мікрофон» – кожен по черзі називає одну думку). Знайомство учасників відбувалось шляхом залучення до участі в грі «Павутина знайомств» (20 хвилин).

Вправа «Створення безпечного простору» (30 хвилин) була націлена на обговорення важливості дотримання спільно вироблених правил у групі. Тренер ініціював дискусію запитаннями (Чому важливо створити безпечний простір? Що означає «безпека» для кожного?), далі учасники в 3 підгрупи і пропонували власні правила для подальшої роботи. Вправа «Підписання Групового договору» мала на меті сприяти усвідомленню учасниками важливості дотримання обраних правил.

Рефлексивна робота учасників тривала 20 хвилин. Підліткам було запропоновано взяти участь у вправах «Світлофор емоцій» та «Побажання в колі»

Тренінгове заняття 2. «Світ емоцій: як їх розуміти і виражати».

Мета: допомогти учасникам в розпізнаванні власних емоцій та навчитися їх висловлювати.

Обладнання: картки з назвами емоцій, папір, кольорові олівці чи фарби, маркери, фліпчарт.

Структура тренінгового заняття. У вступній частині тренінгу (10 хвилин) тренер нагадав правила створення безпечної атмосфери. Розминка «Мій емоційний стан» налаштуванню на подальшу роботу, де учасники використовували метафору для характеристики власного емоційного стану (наприклад, «Я – сонце» чи «Я – гроза»).

Основна частина тренінгу (60 хвилин) складалась з гри «Картки емоцій», де учасники обирали емоцію, яку вони часто відчують та творчого завдання «Моє емоційне обличчя» (художнє відображення учасниками уявлень про власні емоції).

Рефлексія (20 хвилин) відбувалась шляхом обговорення відповідей на такі запитання: Як навчитися розпізнавати свої емоції? Чому важливо ділитися власними почуттями? Завдяки вправі «Емоційний термометр»

учасники оцінювали власний емоційний стан на шкалі від 1 до 10. По завершенню тренінга підлітки отримували таке домашнє завдання: упродовж тижня спостерігати за власними емоціями та фіксувати їх у щоденнику.

Тренінгове заняття 3. «Коли емоції накривають: перша допомога собі».

Мета: сприяти опануванню підлітками техніками стабілізації власних емоційних станів.

Обладнання: таблиця емоційної шкали, папір, олівці, фломастери.

Структура тренінгового заняття. Тренінгове заняття розпочиналось з розминки (10 хвилин) «Емоційний годинник, учасники називали одну емоцію, яку вони пережили сьогодні, і коли вона виникла.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) складалась з презентації «Емоційна шкала» (тренер пояснював, як емоції змінюються за інтенсивністю і як їх контролювати) та практичних вправ «Техніка квадратного дихання» та дихальної вправи «5-4-3-2-1».

Заняття завершувалось рефлексією (20 хвилин) шляхом обговоренням питання «Як і коли техніки дихання можна використовувати у повсякденному житті?» Вправа «Емоційний компас» завершувала тренінгове заняття.

Тренінгове заняття 4. «Як розпізнати тривожні стани в себе та інших».

Мета: вчити учасників розпізнавати ознаки емоційної напруги, тривожності або депресії у себе та оточуючих.

Обладнання: роздаткові матеріали з переліком тривожних станів, папір, ручки, маркери, фліпчарт.

Структура тренінгового заняття. Основній частині заняття передувала розминка «Сигнали мого дня» (10 хвилин), де учасники по черзі описували, які події або сигнали вплинули на їхній настрій (позитивно чи негативно).

В основній частині (60 хвилин) учасники долучились до міні-лекція «Червоні прапорці», де тренер пояснювала основні ознаки тривожних станів. Групова вправа «Впізнай сигнал» сприяла практичному набуттю підлітками навичок розпізнавання тривожних станів шляхом обговорення низки ситуацій,

наприклад, «Твій друг перестав відповідати на повідомлення і не приходить до школи»). Створення парної рольової ситуації «Як допомогти?» надало підліткам можливість програти як роль того, хто переживає емоційний стрес, так і роль друга, який намагається підтримати.

Заняття завершувалось рефлексією (20 хвилин) шляхом обговорення таких питань: Як ми можемо бути уважними до інших і до себе? Що можна зробити, якщо помітили сигнал тривоги? Під час обговорення тренер наголошував на важливості звертання за допомогою до дорослих або фахівців у разі виявлення ознак серйозного тривожного стану. По завершенню тренінга підлітки отримували таке домашнє завдання: подумати про людину, якій можна було б надати підтримку, і спробувати зробити це.

Тренінгове заняття 5. «Стрес: як він впливає на нас і як його подолати».

Мета: ознайомити підлітків із поняттям стресу та його впливом на організм і психіку.

Обладнання: аркуші паперу, ручки, маркери, спокійна музика для візуалізації (за можливістю), роздруковані інструкції до дихальних технік та вправи «5-4-3-2-1».

Структура тренінгового заняття. Створення безпечної атмосфери в групі (10 хвилин) сприяло привітання та налаштування підлітків на спільну роботу а розминка «Мій рівень стресу зараз» сприяла усвідомленню учасниками власного рівня стресового стану.

Основна частина (60 хвилин) передбачала проведення міні-лекції «Що таке стрес?» (15 хвилин) з метою обговорення поняття стресу, джерел його виникнення, ознак стресу та видів. Обговорення в парах або малих групах під час проведення вправи «Мій особистий стрес-фактор» (15 хвилин) сприяло закріпленню набутих знань. Навчання підлітків технікам подолання стресу (30 хвилин) (техніка «Квадратного дихання», техніка «Візуалізації», Техніка «5-4-3-2-1») створили умови для індивідуального пошуку учасниками власного вибору способів долаання стресу. Рефлексія (10-15 хвилин) складалась з вправи

«Мій інструмент для боротьби зі стресом», групового обговорення та вправи «Слово дня».

Тренінгове заняття 6. «Вчимося мріяти: створення позитивного бачення майбутнього».

Мета: допомогти підліткам розвинути здатність мріяти та будувати позитивне бачення майбутнього.

Обладнання: аркуші паперу формату А3, журнали, газети, ножиці, клей, кольорові маркери, ручки, музика для явної подорожі (за бажанням).

Структура тренінгового заняття. Під час привітання та налаштування (10 хвилин) тренер нагадував про створення безпечної атмосфери в групі для всіх учасників. Тренер анонсував тему зустрічі «Чому важливо мріяти?» та заохочував учасників до виконання вправи «Моя маленька мрія».

Основна частина тренінгу (60 хвилин) з міні-лекції «Чому важливо мріяти?», вправи «Мій ідеальний день у майбутньому» (з метою формування позитивних установок на майбутнє), вправи «Карта мрій» (з метою візуалізації майбутнього) та вправи «Кроки до мрії» (вправа передбачала визначення підлітками стратегії досягнення окресленої мети).

Рефлексивна вправа «Моє майбутнє – моя відповідальність» (10-15 хвилин) та створення підсумкового кола надавало змогу підліткам висловитись та створити позитивне бачення майбутнього. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: поділитись створеною картою мрій із близькими людьми та зробити перший крок до однієї зі своїх мрій.

Тренінгове заняття 7. «Конфлікти: як з ними справлятися».

Мета: ознайомити підлітків із природою конфліктів та їхніми видами; вчити підлітків розпізнавати та аналізувати конфлікти; формувати вміння конструктивного вирішення конфліктних ситуацій.

Обладнання: аркуші, ручки, маркери, роздруковки із прикладами «Я-повідомлень», опис конфліктних ситуацій для рольової гри.

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, розминки «Символ мого настрою» та обговорення питань для налаштування підлітків на подальшу роботу: Що таке конфлікт? Як ви до нього ставитеся?

Основна частина тренінгу (60 хвилин) передбачала проведення міні-лекції «Що таке конфлікт?», де підлітки дізнались про визначення конфлікту, види конфліктів, причини виникнення конфліктів. Вправа «Мій досвід конфлікту» створила передумови для аналізу учасниками власних конфліктів з подальшим обговоренням та виконанням таких практичних вправ: вправа «Практика розв'язання конфліктів» (з метою практичного застосування алгоритму вирішення конфлікту), рольова гра «Конфлікт у дії» (з метою програвання вірогідних конфліктних ситуацій), вправа «Я-повідомлення» сприяла набуттю підлітками вміння висловлювати власні почуття у вигляді «Я повідомлення».

Закріпленню набутих підлітками знань та вмінь сприяла рефлексивна вправа «Що я сьогодні побачив про конфлікти?» (10-15 хвилин) та підсумкове коло, де кожен учасник називав одне слово або фразу, яка описувала його стан після заняття. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання (за бажанням): застосувати алгоритм вирішення конфлікту в реальному житті та поділитися результатами на наступному занятті.

Тренінгове заняття 8. «Що робити, коли важко: алгоритм самодопомоги».

Мета: ознайомити підлітків з простими та ефективними методами самодопомоги у складних життєвих обставинах; навчити учасників розпізнавати свої емоції та потреби; сприяти формуванню у підлітків навичок саморегуляції та подолання кризових станів.

Обладнання: аркуші, ручки, маркери, роздруківки з алгоритмом самодопомоги.

Структура тренінгового заняття. Під час вступу (10 хвилин) тренер нагадував учасникам правила групи. Розминка «Мій ресурс сьогодні» давала

змогу створити комфортну атмосферу в групі а спільне обговорення ситуацій «Що ви робіте, коли відчуваєтеся сумними чи розгубленими?» налаштовувало активну роботу.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекції «Самопоміг: що це і навіщо потрібно?» Вправа «Сигнали мого тіла» сприяла налаштуванню підлітків на розпізнавання стресових сигналів. Ознайомлення учасників з алгоритмом надання самопоміг, активізація знань та вмінь про техніки дихання, залучення до вправи «Картки самопоміг» – надавало можливість практично опанувати вмінням самопоміг.

Обдумування під час рефлексивної вправи «Мій план на складний день» (10-15 хвилин) набутого підлітками досвіду з подальшим його обговоренням в рефлексивному колі підвищувало шанси подальшого запровадження в повсякденне життя. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: вести щоденник упродовж тижня, записуючи, які техніки самопоміг використовували та який був ефект.

Тренінгове заняття 9. «Вірити в себе: як подолати сумніви».

Мета: сприяти усвідомленню підлітками зрозуміти природу самозаперечень і сумнівів у власних силах; сприяти набуттю учасниками навички формування позитивної самооцінки та віри у власних можливостях; навчити учасників розпізнавати і трансформувати негативні переконання.

Обладнання: аркуші, маркери, кольорові олівці, ручки, роздруківки з прикладами фрази «голос підтримки».

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи, проведення розминки «Що я в собі ціную», де учасники по черзі називали одну свою рису чи навичку, якою вони пишаються (наприклад, доброта, відповідальність, творчість).

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекції «Звідки беруться сумніви?», під час участі в якій підлітки дізнались про природу сумнівів, причини їх виникнення, користь, яку вони можуть мати для

особи та як сумніви впливають на самопочуття. Вправа «Голос сумнівів і голос підтримки» надавала можливість підліткам набути навичок розпізнавання негативних переконань та замінювати їх позитивними установками. Вправа «Мої маленькі перемоги» сприяла усвідомленню підлітками власних досягнень. Вправа «Скриня ресурсів» створила передумови для пошуку підлітками власних ресурсів

Під час виконання рефлексивної вправи «Крок до віри в себе» та участі в підсумковому колі (10-15 хвилин) учасники обмінювались стратегіями та ідеями з подолання сумнівів. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: упродовж тижня записувати свої маленькі перемоги та помічати, коли сумніви були успішно подолані.

Тренінгове заняття 10. «Пошук підтримки: як звернутися за допомогою».

Мета: допомогти підліткам усвідомити важливість підтримки в складних життєвих ситуаціях; сприяти набуттю підлітками навичок формування довіри та відкритого спілкування.

Обладнання: стікери, ручки, аркуші паперу, роздруківки з алгоритмом звернення за допомогою, теми для рольових ігор.

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи, проведення розминки «Коло підтримки», де учасники по черзі називали одну людину, яка їх підтримує або на кого вони можуть покластися у важкий момент (родич, друг, вчитель).

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекції «Чому важливо просити допомогу?», де підлітки дізнавались про найбільш поширені причини уникання або відмови дід допомоги. Вправа «Перешкоди на шляху до допомоги» давала змогу учасникам віднайти власні способи подолання перешкод в отримання допомоги. Шляхом відпрацювання алгоритму звернення за допомогою та залученості до рольової гри «Прошу про допомогу» – підлітки набували необхідних вмінь.

Під час виконання рефлексивної вправи «Мій план підтримки» та участі в підсумковому колі (10-15 хвилин) учасники обмінювались власними стратегіями отримання підтримки. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: упродовж тижня спробувати звернутися за допомогою по будь-якій з ситуацій та поділитися досвідом на наступному занятті.

Тренінгове заняття 11. «Арт-терапія: знайди гармонію у творчості».

Мета: познайомити підлітків із технікою арт-терапії як спосіб стабілізації емоцій; формувати вміння творчого самовираження як інструменту зниження стресу; підвищити рівень самосвідомості та розкрити внутрішні ресурси для гармонізації емоційного стану.

Обладнання: аркуші, фарби, пастелі, кольорові олівці, журнали, ножиці, клей, маркери, музика для фонові атмосфери.

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи та проведення «Що для вас означає творчість?», під час якого учасники надавали короткі пояснення яка діяльність їх заспокоює, надихає, стабілізує та допомагає знизити рівень стресу.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекція: «Творчість як спосіб стабілізації емоцій», де тренер розповідав про переваги використання творчості в повсякденному житті. Вправа «Емоційний автопортрет» мала на меті дослідити емоційний стан підлітків через творчість. Вправа «Колаж моїх ресурсів» була покликана підвищити рівень усвідомлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів підлітків.

Під час виконання рефлексивної вправи «Символ гармонії» та спільне обговорення інсайтів, набутих на момент тренінгу, сприяло закріпленню позитивного досвіду підлітків. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: спробуйте вдома створити «емоційний автопортрет» або продовжити роботу над колажем ресурсів.

Тренінгове заняття 12. «Як уникати вигорання і піклуватися про себе».

Мета: ознайомити підлітків із поняттями емоційного вигорання, його ознаками та наслідками; навчити розпізнавати стресові фактори та попереджати їхній вплив; розвинути навички турботи про себе, формуючи здоровий звичок для підтримки; навчити учасників технік самодопомоги та відновлення.

Обладнання: аркуші, ручки, кольорові маркери; шаблони батарейки та плану турботи про себе; невеликі картки для вправи «Моє нагадування».

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи, та обговорення теми тренінгу, під час якого учасники висловлювали думки с приводу власного самопочуття та які фактори перешкоджають дбати про себе.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекція «Що таке вигорання і як його розпізнати», де підлітки дізнались про складові, ознаки та причини вигорання. Вправа «Мій рівень енергії» надала змогу підліткам оцінити свій стан та енергетичний баланс. Наданий учасникам алгоритм профілактики вигорання та практичне його застосування під час виконання вправи «Мій план турботи про себе» дозволило сформувати підліткам індивідуальний підхід до піклування про себе.

Під час виконання рефлексивної вправи «Моє нагадування» та обговорення в колі набутих інсайтів дозволило підліткам набути позитивних змін. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: складіть власний «список радості» – 10 речей, які прийняли вам задоволення, і спробуйте виконати хоча б одну з них до наступного заняття.

Тренінгове заняття 13. «Сила команди: ми разом».

Мета: формувати у підлітків навички командної роботи та підтримки розкрити значення згуртованості, взаємодії та довіри в колективі, показати важливість спільної діяльності для подолання труднощів та емоційної підтримки.

Обладнання: аркуші паперу, скотч, ножиці, кольорові маркери, обруч чи інший легкий предмет для вправи «Разом ми сильніші».

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи, проведення розминки «Імпульс довіри» та обговорення принципів командної роботи.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекції «Чому важлива команда?», під час якої тренер розповідав про ознаки команди, принципи ефективної командної роботи, переваги команди. Вправа «Будівництво моста» дозволила усвідомити підліткам переваги співпраці при досягненні результатів. Вправа «Коло підтримки» сприяла зміцненню довірливих відносин та вміння звертатися по допомогу. Проведення вправи «Разом ми сильніші» дозволило учасникам відчувати на практиці силу спільної роботи.

Під час виконання рефлексивної вправи «Символ команди» та спільного обговорення підлітки визначали подальші шляхи командної роботи. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: поміркуйте, як ви можете стати кращим членом команди – чи то в школі, чи у своєму оточенні.

Тренінгове заняття 14. «Як розпізнати сигнали тривоги у друзів».

Мета: ознайомити підлітків із поняттями сигналів тривоги, які можуть свідчити про емоційну кризу у друзів; навчити розпізнавати ознаки ризику суїцидальної поведінки; сформувані навички надання первинної підтримки та залучення дорослих у разі необхідності.

Обладнання: картки із ситуаціями, аркуші, ручки.

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи, проведення розминки «На що такий твій настрій?», де учасники обирали образ, який відповідав їхньому настрою.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекції «Сигнали тривоги – що це таке?», де тренер пояснював прояви та зміни

емоційного стану під час тривоги. Вправа «Розпізнай сигнал» допомогла підліткам навчитись розпізнавати сигнали тривоги в конкретних ситуаціях. Практичне застосування алгоритму дій у кризовій ситуації дало змогу учасникам ознайомитися з основними кроками допомоги другу у кризовій ситуації. Практична справа «Як говорити іншим» допомогла розвинути комунікаційні навички для розмови з другим у кризі.

Під час виконання рефлексивної вправи «Моя підтримка» та підсумкового кола учасники закріплювали алгоритм надання первинної підтримки один одному. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: зверніть увагу на своїх друзів тижня. Якщо помітите щось незвичне в їхній поведінці, спробуйте запитати: «Як ти відчуваєшся?»

Тренінгове заняття 15. «Вчимося говорити «Ні»: захист особистих кордонів».

Мета: навчити підлітків розуміти поняття особистих кордонів та їх важливість; сформувати навички асертивної поведінки для захисту своїх кордонів; відпрацювати вміння говорити «Ні» у ситуаціях, які повідомляють особистим цінностям чи викликають дискомфорт.

Обладнання: аркуші, ручки, кольорові маркери, картки із ситуаціями.

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи, проведення розминки «Чи знаєш ти мене?», де учасники по черзі називали одну особливість про себе, а інші намагались вгадати, чи це правда.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекції «Що таке особисті кордони?», де тренер розповідав про види кордонів та як їх підтримувати. Вправа «Мої кордони» створила умови для усвідомлення підлітками власних меж. Вправа «Навчаємося говорити «Ні»» була націлена на набуття учасниками вміння асертивно відмовляти в різних ситуаціях. А гра «Щит і меч» допомогла набутти впевненості у захисті власних кордонів.

Під час виконання рефлексивної вправи «Обіцянка собі» та підсумкового кола учасники здійснювали пошук шляхів по захисту власних

кордонів. По завершенню тренінгу підлітки отримували домашнє завдання: проаналізуйте особисті кордони у спілкуванні з друзями, родиною чи однокласниками. Подумайте, які кордони Ви б хотіли визначити та зміцнити.

Тренінгове заняття 16. «Мій життєвий шлях: підсумки роботи».

Мета: підвести підсумки програми, осмислити отримані знання упродовж участі в тренінговій програмі.

Структура тренінгового заняття. Вступ тренінгового заняття (10 хвилин) складався з привітання, пригадування правил спільної роботи, проведення розминки «Коло підтримки», де учасники розповідали про свої досягнення за результатами участі в тренінговій програмі.

Основна частина тренінгу (60 хвилин) включала проведення міні-лекції «Фактори ризику», де тренер розповідав про чинники, що ускладнюють життя та призводять до виникнення суїцидальних думок. Тренер наголошував на ролі сімейної підтримки та оточення в подолання суїцидальних думок. Завершення тренінгової програми відбувалось шляхом обговорення набутих знань та вмінь, а також шляхів їхнього подальшого застосування. Оцінка ефективності тренінгу відбувалась шляхом анкетування учасників

Отже, з метою профілактики суїцидальної поведінки в підлітків, було здійснено розробку та запровадження відповідної тренінгової програми. Тренінгова програма реалізовувалась в період з травня 2024 року по серпень 2024 упродовж чотирьох місяців один раз на тиждень. Тривалість одного тренінгового заняття становила 60–90 хвилин. До участі в тренінговій програмі було залучено 43 учня. Далі подано зміст тренінгової програми та тренінгових занять, спрямованих на профілактики суїцидальної поведінки в підлітків.

2.4. Результати запровадження програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці

Контрольний етап дослідження передбачав визначення ефективності запровадження програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці. Досягнення окресленої мети передбачало здійснення порівняльного аналізу результатів констатувального та контрольного етапів дослідження.

Результати діагностичного обстеження рівня депресії за методикою «Шкала депресії А. Бека» після проведення формувального експерименту подано в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою депресії А. Бека (контрольний етап, у %)

Шкала депресії	Констатувальний етап	Контрольний етап
Низький рівень (відсутність проявів депресії)	45 (62,5%)	57 (79,2%)
Нижче за середній (легкі прояви депресії)	10 (13,9%)	4 (5,6%)
Середній рівень (середній рівень депресії)	8 (11,1%)	5 (6,9%)
Високий рівень (високий рівень появи депресії)	9 (12,5%)	6 (8,3%)

Так, аналіз результатів діагностичного обстеження за шкалою депресії А. Бека після проведення формувального експерименту вказує на те, що 57 (79,2%) осіб не мають проявів депресії, в порівнянні з даними констатувального етапу – 45 (62,5%) підлітків. Аналіз результатів діагностичного обстеження

вказує на те, що 4 (5,6%) підлітків все ж таки відчують легкі прояви депресії, в порівнянні з даними констатувального етапу – 10 (13,9%) респондентів.

Згідно отриманих діагностичних даних по завершенню формувального етапу дослідження 5 (6,9%) підлітків мають прояви середнього рівня депресії, в порівнянні з даними констатувального етапу – 8 (11,1%). На жаль, з-поміж респондентської групи було виявлено, що 6 (8,3%) відчують ознаки депресії на високому рівні, в порівнянні з даними констатувального етапу – 9 (12,5%). Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою депресії А. Бека на контрольному етапі дослідження унаочнено в рис. 2.13.

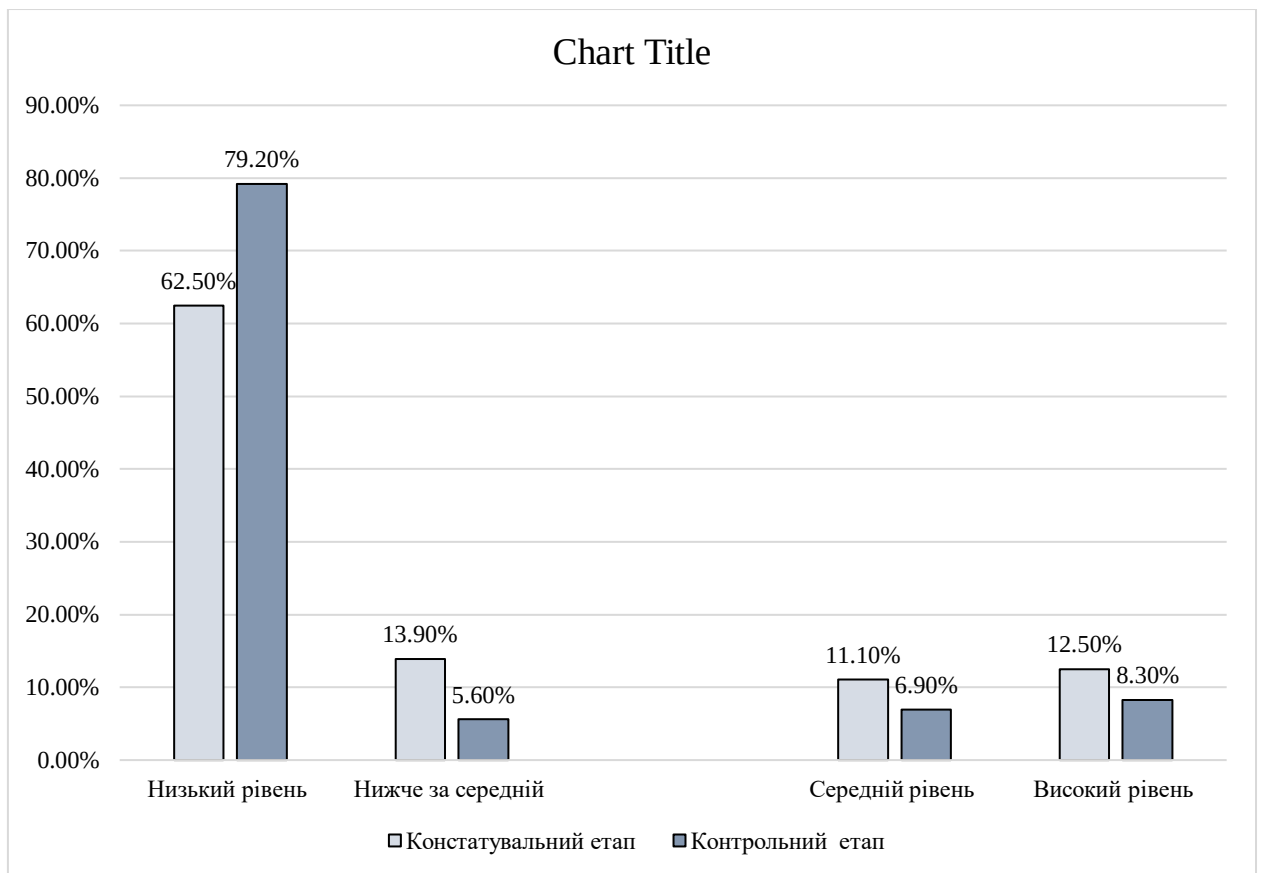


Рис. 2.13. Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою депресії А. Бека (контрольний етап дослідження)

Наведемо результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику на контрольному етапі (див. таблицю 2.6.).

Таблиця 2.6

**Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою
опитувальника суїцидального ризику (контрольний етап, у %)**

Шкала	Низький	Середній	Високий
1. Демонстративність	67 (93,1%)	3 (4,2%)	2 (2,9%)
2. Афективність	48 (66,7%)	13(18,1%)	11(15,2%)
3. Унікальність	55 (76,4%)	8(11,1%)	9(12,5%)
4. Неспроможність	47(65,3%)	14 (19,4%)	11 (15,3%)
5 Соціальний песимізм	63 (87,5%)	8 (11,1%)	1 (1,4%)
6. Злам культурних бар'єрів	69 (95,8%)	3 (4,2%)	0,0
7. Максималізм	40 (55,6%)	17 (23,6%)	15 (20,8%)
8. Тимчасова перспектива	50 (69,4%)	13 (18,1%)	9 (12,5%)
9.Антисуїцидальний фактор	1 (1,4%)	5 (6,9%)	66 (91,7%)

Так, результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику на контрольному етапі дослідження засвідчують, що серед респондентів за шкалою «Демонстративність» було виявлено збільшення низького рівня 63 (87,5%) – констатувальний етап, до 67 (93,1%) – контрольний етап дослідження.



Рис. 2.14. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Демонстративність»)

Середній рівень демонстративності зазнав зменшення 5 (6,9%) до 3 (4,2%) опитаних на контрольному етапі дослідження. Високий рівень ризику до прояву демонстративності зсунувся з 4 (5,6%) до 2 (2,9%) підлітків, що розглядаємо в якості позитивного зрушення.

За шкалою «Афективність» результати діагностичного обстеження розподілились таким чином: за високим рівнем афективності відбулось зменшення з 14 (19,4%) до 11(15,2%) – констатувальний експеримент; дані за середнім рівнем афективності зсунулись з 19 (26,4%) до 13 (18,1%) опитаних на контрольному етапі дослідження. Після проведення формувального експерименту, відсутність афективності за низьким рівнем спостерігалась у 48 (66,7%), в порівнянні з констатувальним етапом 39 (54,2%) підлітків.

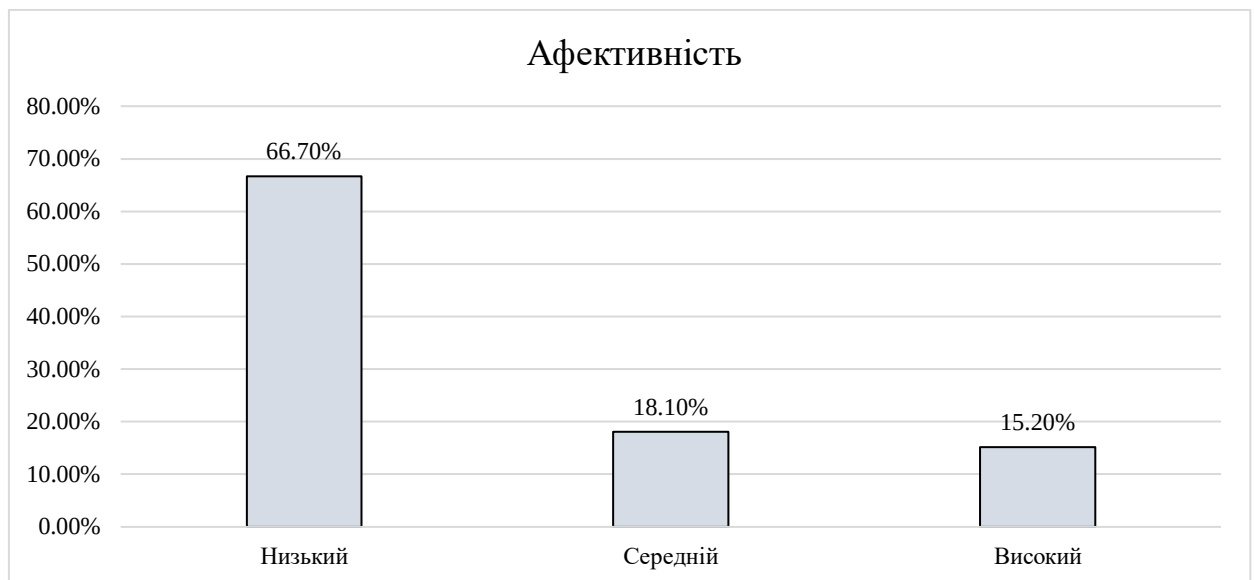


Рис. 2.15. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Афективність»)

Дослідження даних за шкалою «Унікальність» вказує на те, що незначений прояв цієї шкали було виявлено, що показники за низьким рівнем збільшились на 55 (76,4%) в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 45 (62,5%) респондентів. Середній рівень прояву унікальності також зменшився з 8(11,1%) до 15 (20,8%) опитаних. Дані за високим рівнем також зрушили в сторону зменшення з 12 (16,7%) до 9 (12,5%) підлітків по завершенню формувального експерименту.



Рис. 2.16. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Унікальність»)

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Неспроможність» засвідчують, що 47(65,3%) досягли низького рівня неспроможності в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 39 (54,1%) опитаних. Дані по середньому рівню неспроможності зменшились до 14 (19,4%), в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 20 (27,8%). На жаль, ознаки неспроможності відповідно високому рівню відмітили в себе 11 (15,3%) підлітків в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 13 (18,1%).



Рис. 2.17. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Неспроможність»)

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Соціальний песимізм» засвідчують, що 63 (87,5%) досягли низького рівня песимізму, в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 58 (80,5%). Прояви песимізму на середнім рівнем набули зменшення з 12 (16,7%) до 8 (11,1%), незначні зрушення також було зафіксовано за високим рівнем соціального песимізму, де 2 (2,8%) підлітків (констатувальний етап) та 1 (1,4%) – контрольний етап дослідження.



Рис. 2.18. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Соціальний песимізм»)

За шкалою «Злам культурних бар'єрів» результати діагностичного обстеження розподілились таким чином: на високому рівні зламу культурних бар'єрів не було зафіксовано жодної відповіді, середній рівень зламу культурних бар'єрів зрушив в бік зменшення з 4 (5,6%) до 3 (4,2%) опитаних; в той же час дані за низьким рівнем зламу культурних бар'єрів збільшились з 68 (94,4%) до 69 (95,8%) підлітків.

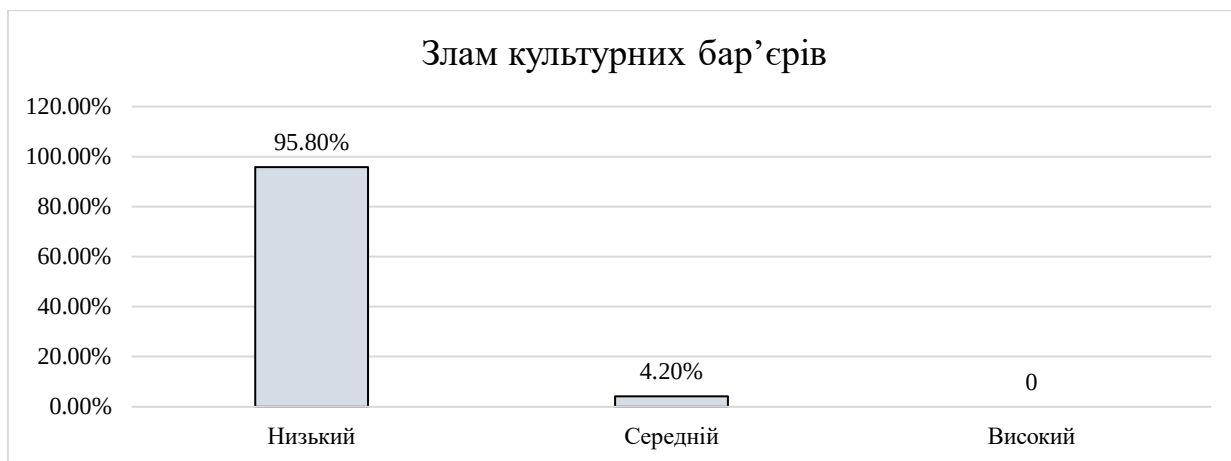


Рис. 2.19. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Злам культурних бар'єрів»)

З-поміж респондентів за шкалою «Максималізм» було виявлено, що після проведення формувального експерименту кількість підлітків із низьким рівнем збільшилась з 32 (44,5%) до 40 (55,6%) респондентів. За середнім рівнем прояву респондентами максималізму було також зафіксовано позитивні зрушення 22 (30,6%) опитаних до 17 (23,6%) – на контрольному етапі дослідження. В той же час високий рівень ризику до прояву максималізму зменшився з 18 (24,9) до 15 (20,8%) підлітків на контрольному етапі дослідження.



Рис. 2.20. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Максималізм»)

Дослідження даних за шкалою «Тимчасова перспектива» вказує на те, що збільшилась кількість підлітків, які практично не відчують безперспективності власного життя (40 (55,5%) – констатувальний етап; 50 (69,4%) – контрольний етап дослідження). Дані середнього рівня прояву показника «Тимчасова перспектива» зрушили в бік зменшення з 19 (26,4%) до 13 (18,1%) респондентів на контрольному етапі дослідження. Дані високого рівня прояву показника «Тимчасова перспектива» також зрушили в бік зменшення з 13 (18,1%) до 9 (12,5%) респондентів на контрольному етапі дослідження.

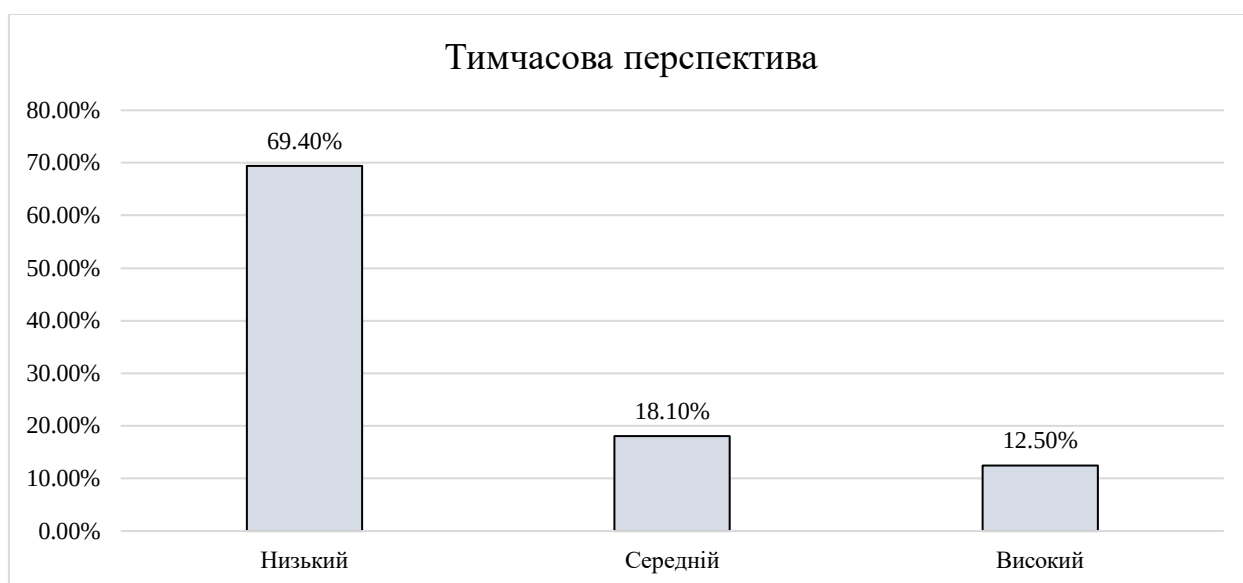


Рис. 2.21. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Тимчасова перспектива»)

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Антисуїцидальний фактор» засвідчують, що дані за низьким рівнем прояву антисуїцидальності залишились без змін – 1 (1,4%) констатувальний та контрольних етапи дослідження. Проте дані за середнім рівнем прояву антисуїцидальності зрушили в бік зменшення з 8 (11,1%) (констатувальний етап) до 5 (6,9%) (контрольний етап дослідження). Вважаємо важливим зазначити, що кількість респондентів, які стійко протидіють суїцидальному

ризик збільшилась з 63 (87,5%) – констатувальний етап, до 66 (91,7%) підлітків на контрольному етапі дослідження.



Рис. 2.22. Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику (шкала «Антисуїцидальний фактор»)

Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека після проведення формувального експерименту подано в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека (контрольний етап, у %)

Шкала	Низький	Середній	Високий
Характеристики суїцидальної ідеаторної активності,	70 (97,2%)	2 (2,8%)	0 (0%)
Реалізація можливого суїциду,	69 (95,8%)	3 (4,2%)	0 (0%)
Передумови для здійснення суїциду.	68 (94,4%)	3 (4,2%)	1 (1,2)
Ставлення до життя	59 (81,9%)	8 (11,1%)	5 (6,9%)
Характеристики можливої суїцидальної спроби	69 (95,8%)	3 (4,2%)	0 (0 %)

Порівняльний аналіз результатів діагностичного обстеження підлітків за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека на констатувальному та контрольному етапах засвідчує, що за субшкалою «Характеристики суїцидальної ідеаторної активності» спостерігається позитивна динаміка при зниженні середнього рівня та підвищенні низького рівня, що показує ефективність проведених заходів. Так, на констатувальному етапі низький рівень становив 95,8%; середній – 4,2% та високий рівень суїцидальної ідеаторної активності – 0%. Після проведення формувального експерименту низький рівень зріс до 97,2%; середній зменшився до 2,8%; високий залишився на рівні 0%.

Результати за субшкалою «Реалізація можливого суїциду» вказують на значне зменшення високого рівня вірогідності суїциду до 0% проти зниження ризику реалізації суїцидальних думок серед підлітків. Так, на констатувальному етапі низький рівень було виявлено у 93,1%; середній рівень проявився у 5,6% та високий у 1,3% підлітків. Натомість дані контрольного етапу дослідження вказують на те, що низький рівень збільшився до 95,8%; середній рівень вірогідності суїциду зсунувся в бік зменшення до 4,2%. Показник високого рівня також зменшився до 0%.

Аналіз результатів діагностичного обстеження за субшкалою «Передумови для здійснення суїциду» про зниження середнього та високого рівнів, що вказує на зменшення передумов для здійснення суїциду. Констатувальний етап дослідження за цією субшкалою вирізнявся такими даними: низький рівень – 90,3%; середній – 6,9% та високий – 2,8%. Контрольний етап дослідження показав, що низький рівень зріс до 94,4%; середній рівень передумови до здійснення суїциду зменшився до 4,2%, а показник за високим рівнем також зсунувся в бік зменшення до 1,2%.

Варто зазначити, що результати обстеження підлітків за субшкалою «Ставлення до життя» після проведення формувального експерименту набули певної динаміки. Так, показники середнього та високого рівнів помітно поліпшились, що вказує на покращення ставлення до життя серед підлітків. За

результатами констатувального етапу дослідження, низький рівень становив 74,9%; середній рівень 15,3% та високий – 9,8%. В той же час низький рівень ставлення до життя поліпшився до 81,9%; середній рівень набув зменшення до 11,1%, водночас і високий рівень ставлення до життя знизився до 6,9%.

Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека (контрольний етап дослідження) унаочнено в рисунку 2.23.

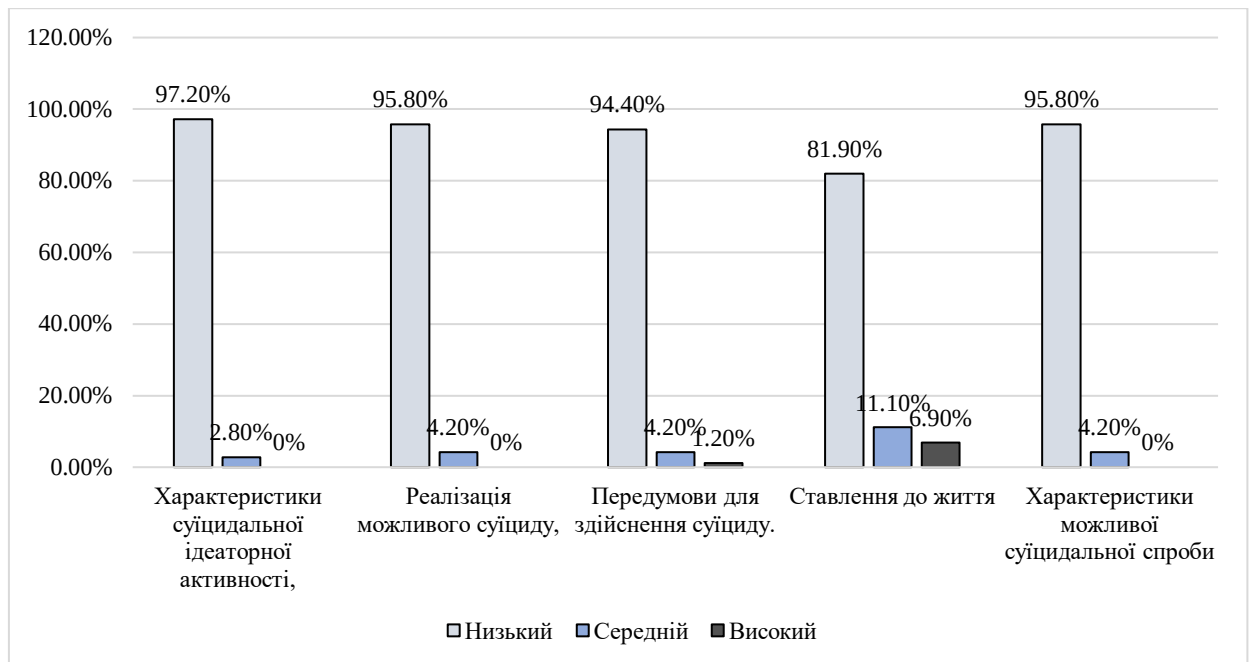


Рис. 2.23. Результати діагностичного обстеження підлітків, за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека (контрольний етап, у %)

Аналіз результатів діагностичного обстеження за субшкалою «Характеристики можливої суїцидальної спроби» засвідчує про зменшення середнього та високого рівнів вірогідності виникнення ризику можливих суїцидальних спроб. Так, на констатувальному етап було зафіксовано такі дані: низький рівень – 91,7% опитаних; середній рівень – 6,9% респондентів та високий рівень – 1,4% підлітків. По завершенню формувального експерименту було виявлено, що низький рівень зріс до 95,8%, середній рівень зменшився до 4,2% а високий знизився до 0%.

Порівняльний аналіз результатів діагностичного обстеження підлітків за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека було з'ясовано, що на контрольному етапі за всіма шкалами зростання частки підлітків із низьким рівнем суїцидального мислення. Середній рівень знизився за всіма категоріями, особливо в категорії «Ставлення до життя» (з 15,3% до 11,1%). Високий рівень значно знизився, а в деяких можливих категоріях повний зник («Реалізація суїциду», «Характеристики можливої суїцидальної спроби»). Отже, аналіз результатів діагностичного обстеження вказує на ефективність розробленої та запровадженої програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітків.

Висновки до розділу 2

Емпірична частина дослідження була присвячена вивченню та аналізу проявів суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку. Задля реалізації мети та завдань нашого дослідження було використано такі психодіагностичні методики: Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI); опитувальник суїцидального ризику (ОСР); Шкала оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI).

Констатувальний етап дослідження передбачав визначення проявів схильності до суїцидальної поведінки в осіб підліткового віку. Експериментальне дослідження здійснювалось за участі лікаря-психіатра Комунального некомерційного підприємства «Психіатрична лікарня м. Краматорська» та Комунального некомерційного підприємства обласної клінічної психіатричної лікарні м. Слов'янська.

В дослідженні взяло участь 72 учня 7-10 класів віком 13-16. Діагностичне обстеження проводилось індивідуально із збереженням конфіденційності за власним бажанням учнів. Експериментальне дослідження проводилось на базі Лиманського ліцею № 4 Лиманської міської ради,

Лиманського ліцею № 5 Лиманської міської ради та Соледарської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 13 з поглибленим вивченням англійської мови Соледарської міської ради Донецької області.

З метою профілактики суїцидальної поведінки в підлітків, було здійснено розробку та запровадження відповідної тренінгової програми. Тренінгова програма реалізовувалась таких закладах освіти проводилось на базі Лиманського ліцею № 4 Лиманської міської ради та Лиманського ліцею № 5 Лиманської міської ради та Соледарської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 13 з поглибленим вивченням англійської мови Соледарської міської ради Донецької області в період з травня 2024 року по серпень 2024 упродовж чотирьох місяців один раз на тиждень. Тривалість одного тренінгового заняття становила 60–90 хвилин. До участі в тренінговій програмі було залучено 43 учня.

Тренінгова програма з профілактики суїцидальної поведінки в підлітків «Сила життя: знайди підтримку і натхнення» мала на меті допомогти підліткам набути навичок емоційної регуляції, стресостійкості та самоприйняття; формувати позитивне ставлення до себе, власних почуттів та життя в цілому; сприяти усвідомленню важливості отримання психологічної підтримки та допомоги за станів, які свідчать про психологічне неблагополуччя.

Цільова аудиторія: підлітки (13-16 років). Програма складалась з 16 тренінгових занять такої тематики: «Знайомство та створення безпечного простору», «Світ емоцій: як їх розуміти і виражати», «Коли емоції накривають: перша допомога собі», «Як розпізнати тривожні стани в себе та інших», «Стрес: як він впливає на нас і як його подолати», «Вчимося мріяти: створення позитивного бачення майбутнього», «Конфлікти: як з ними справлятися», «Що робити, коли важко: алгоритм самодопомоги», «Вірити в себе: як подолати сумніви», «Пошук підтримки: як звернутися за допомогою», «Арт-терапія: знайди гармонію у творчості», «Як уникати вигоряння і піклуватися про себе», «Сила команди: ми разом», «Як розпізнати сигнали тривоги у

друзів», «Вчимося говорити «Ні»: захист особистих кордонів», «Мій життєвий шлях: підсумки роботи».

Контрольний етап дослідження передбачав визначення ефективності запровадження програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці. Досягнення окресленої мети передбачало здійснення порівняльного аналізу результатів констатувального та контрольного етапів дослідження. Аналіз результатів діагностичного обстеження вказує на ефективність розробленої та запровадженої програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітків.

ВИСНОВКИ

В результаті здійсненого наукового було зроблено такі висновки:

1) здійснення аналізу поняття «суїцидальна поведінка» в науковій літературі;

Поняття «суїцидальна поведінка» є ширшим і включає не лише завершені акти самогубства, але й інші форми активності, спрямовані на забезпечення себе життям. До суїцидальної поведінки належать: антивітальні переживання (роздуми про беззмістовність життя без явного бажання смерті); пасивні суїцидальні думки (фантазії про власну смерть без планів щодо самогубства); суїцидальні задуми (детальне планування власної смерті); суїцидальні наміри (додавання вольового компонента до планів самогубства). Ці форми поведінки можуть варіюватись від пасивних роздумів до активних дій, спрямованих на позбавлення себе життя.

Дослідженню суїцидальної поведінки приділяли увагу українські (А. Гірнякх [4], Ю. Калініна [7], С. Криницька [10], О. Нявчук [20], О. Осетрова [21], Б. Ткач [30] та інші) та закордонні науковці (Е. Дюркгейм, Т. Джойнер, Е. Шнейдман та інші).

Суїцидальна поведінка охоплює різні форми дій, спрямованих на виконання свого життя. Вона є реакцією на особистісну кризу, яка спостерігається, коли людина стикається з нездоровими, на її думку, перешкодами у задоволенні важливих потреб. В умовах гострого емоційного напруження особа може втратити здатність раціонально оцінювати порушення та знаходити конструктивні рішення. У соціально-психологічному аспекті суїцидальна поведінка часто пов'язана із дезадаптацією особистості внаслідок конфліктів у найближчому соціальному оточенні.

2) Підлітковий вік є одним із найскладніших періодів у формуванні особистості, що нерідко супроводжується емоційними порушеннями, поведінковими відхиленнями та труднощами соціальної адаптації. Розвиток

підлітків відбувається під впливом багатьох біологічних, психологічних і соціальних чинників. Важливі зміни стосуються не лише фізичного розвитку, а й розширенням самосвідомості, що супроводжується зростанням почуття власної гідності, усвідомленням власних можливостей і здібностей.

Підлітки усвідомлюють незворотність і остаточність смерті, набуваючи до неї морального та екзистенційного ставлення. Справжнє самогубство підлітка є кульмінацією внутрішньої боротьби між життям і смертю, у якій руйнуються всі фактори, які раніше втримували в цьому світі. Відповідно, суїцид стає можливим тоді, коли життя втрачає значення для підлітка. Однак цього недостатньо – необхідна ще й переоцінка ставлення підлітка до смерті. Ключовим механізмом, який запускає суїцидальну поведінку в підлітків, є інверсія ставлення до життя і смерті. Життя починає сприйматись негативно, тоді як смерть змінює свій відтінок із негативного на позитивний. Саме цей зсув є поштовхом до формування суїцидальної мети та планування її реалізації. Підлітки не завжди усвідомлюють остаточність та незворотність свого вибору. У глибині їхньої свідомості може виникнути думка, що після їхньої смерті все повернеться на свої місця, батьки та знайомі пошкодують про свої вчинки, всі помиряться. Причини таких суїцидів, на перший погляд, можуть бути незначними, навіть дрібними.

3) Тренінгова програма з профілактики суїцидальної поведінки в підлітків «Сила життя: знайди підтримку і натхнення» мала на меті допомогти підліткам набути навичок емоційної регуляції, стресостійкості та самоприйняття; формувати позитивне ставлення до себе, власних почуттів та життя в цілому; сприяти усвідомленню важливості отримання психологічної підтримки та допомоги за станів, які свідчать про психологічне неблагополуччя.

Цільова аудиторія: підлітки (13-16 років). Програма складалась з 16 тренінгових занять такої тематики: «Знайомство та створення безпечного простору», «Світ емоцій: як їх розуміти і виражати», «Коли емоції накривають: перша допомога собі», Як розпізнати тривожні стани в себе та інших», «Стрес:

як він впливає на нас і як його подолати», «Вчимося мріяти: створення позитивного бачення майбутнього», «Конфлікти: як з ними справлятися», «Що робити, коли важко: алгоритм самопомоги», «Вірити в себе: як подолати сумніви», «Пошук підтримки: як звернутися за допомогою», «Арт-терапія: знайди гармонію у творчості», «Як уникати вигоряння і піклуватися про себе», «Сила команди: ми разом», «Як розпізнати сигнали тривоги у друзів», «Вчимося говорити «Ні»: захист особистих кордонів», «Мій життєвий шлях: підсумки роботи».

4) В дослідженні взяло участь 72 учня 7-10 класів віком 13-16. Діагностичне обстеження проводилось індивідуально із збереженням конфіденційності за власним бажанням учнів. Експериментальне дослідження проводилось на базі Лиманського ліцею № 4 Лиманської міської ради, Лиманського ліцею № 5 Лиманської міської ради та Соледарської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 13 з поглибленим вивченням англійської мови Соледарської міської ради Донецької області.

Аналіз результатів діагностичного обстеження за шкалою депресії А. Бека після проведення формувального експерименту вказує на те, що 57 (79,2%) осіб не мають проявів депресії, в порівнянні з даними констатувального етапу – 45 (62,5%) підлітків. Аналіз результатів діагностичного обстеження вказує на те, що 4 (5,6%) підлітків все ж таки відчувають легкі прояви депресії, в порівнянні з даними констатувального етапу – 10 (13,9%) респондентів.

Згідно отриманих діагностичних даних по завершенню формувального етапу дослідження 5 (6,9%) підлітків мають прояви середнього рівня депресії, в порівнянні з даними констатувального етапу – 8 (11,1%). На жаль, з-поміж респондентської групи було виявлено, що 6 (8,3%) відчувають ознаки депресії на високому рівні, в порівнянні з даними констатувального етапу – 9 (12,5%).

Результати діагностичного обстеження підлітків, за методикою опитувальника суїцидального ризику на контрольному етапі дослідження засвідчують, що серед респондентів за шкалою «Демонстративність» було виявлено збільшення низького рівня 63 (87,5%) – констатувальний етап, до

67 (93,1%) – контрольний етап дослідження. Середній рівень демонстративності зазнав зменшення 5 (6,9%) до 3 (4,2%) опитаних на контрольному етапі дослідження. Високий рівень ризику до прояву демонстративності зсунувся з 4 (5,6%) до 2 (2,9%) підлітків, що розглядаємо в якості позитивного зрушення.

За шкалою «Афективність» результати діагностичного обстеження розподілились таким чином: за високим рівнем афективності відбулось зменшення з 14 (19,4%) до 11(15,2%) – констатувальний експеримент; дані за середнім рівнем афективності зсунулись з 19 (26,4%) до 13 (18,1%) опитаних на контрольному етапі дослідження. Після проведення формувального експерименту, відсутність афективності за низьким рівнем спостерігалась у 48 (66,7%), в порівнянні з констатувальним етапом 39 (54,2%) підлітків.

Дослідження даних за шкалою «Унікальність» вказує на те, що незначений прояв цієї шкали було виявлено, що показники за низьким рівнем збільшились на 55 (76,4%) в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 45 (62,5%) респондентів. Середній рівень прояву унікальності також зменшився з 8(11,1%) до 15 (20,8%) опитаних. Дані за високим рівнем також зрушили в сторону зменшення з 12 (16,7%) до 9 (12,5%) підлітків по завершенню формувального експерименту.

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Неспроможність» засвідчують, що 47(65,3%) досягли низького рівня неспроможності в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 39 (54,1%) опитаних. Дані по середньому рівню неспроможності зменшились до 14 (19,4%), в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 20 (27,8%). На жаль, ознаки неспроможності відповідно високому рівню відмітили в себе 11 (15,3%) підлітків в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 13 (18,1%).

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Соціальний песимізм» засвідчують, що 63 (87,5%) досягли низького рівня песимізму, в порівнянні з констатувальним етапом дослідження – 58 (80,5%).

Прояви песимізму на середнім рівнем набули зменшення з 12 (16,7%) до 8 (11,1%), незначні зрушення також було зафіксовано за високим рівнем соціального песимізму, де 2 (2,8%) підлітків (констатувальний етап) та 1 (1,4%) – контрольний етап дослідження.

За шкалою «Злам культурних бар'єрів» результати діагностичного обстеження розподілились таким чином: на високому рівні зламу культурних бар'єрів не було зафіксовано жодної відповіді, середній рівень зламу культурних бар'єрів зрушив в бік зменшення з 4 (5,6%) до 3 (4,2%) опитаних; в той же час дані за низьким рівнем зламу культурних бар'єрів збільшились з 68 (94,4%) до 69 (95,8%) підлітків.

З-поміж респондентів за шкалою «Максималізм» було виявлено, що після проведення формувального експерименту кількість підлітків із низьким рівнем збільшилась з 32 (44,5%) до 40 (55,6%) респондентів. За середнім рівнем прояву респондентами максималізму було також зафіксовано позитивні зрушення 22 (30,6%) опитаних до 17 (23,6%) – на контрольному етапі дослідження. В той же час високий рівень ризику до прояву максималізму зменшився з 18 (24,9) до 15 (20,8%) підлітків на контрольному етапі дослідження.

Дослідження даних за шкалою «Тимчасова перспектива» вказує на те, що збільшилась кількість підлітків, які практично не відчують безперспективності власного життя (40 (55,5%) – констатувальний етап; 50 (69,4%) – контрольний етап дослідження). Дані середнього рівня прояву показника «Тимчасова перспектива» зрушили в бік зменшення з 19 (26,4%) до 13 (18,1%) респондентів на контрольному етапі дослідження. Дані високого рівня прояву показника «Тимчасова перспектива» також зрушили в бік зменшення з 13 (18,1%) до 9 (12,5%) респондентів на контрольному етапі дослідження.

Результати діагностичного обстеження підлітків за шкалою «Антисуїцидальний фактор» засвідчують, що дані за низьким рівнем прояву антисуїцидальності залишились без змін – 1 (1,4%) констатувальний та

контрольних етапи дослідження. Проте дані за середнім рівнем прояву антисуїцидальності зрушили в бік зменшення з 8 (11,1%) (констатувальний етап) до 5 (6,9%) (контрольний етап дослідження). Вважаємо важливим зазначити, що кількість респондентів, які стійко протидіють суїцидальному ризику збільшилась з 63 (87,5%) – констатувальний етап, до 66 (91,7%) підлітків на контрольному етапі дослідження.

Порівняльний аналіз результатів діагностичного обстеження підлітків за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека на констатувальному та контрольному етапах засвідчує, що за субшкалою «Характеристики суїцидальної ідеаторної активності» спостерігається позитивна динаміка при зниженні середнього рівня та підвищенні низького рівня, що показує ефективність проведених заходів. Результати за субшкалою «Реалізація можливого суїциду» вказують на значне зменшення високого рівня вірогідності суїциду до 0% проти зниження ризику реалізації суїцидальних думок серед підлітків.

Аналіз результатів діагностичного обстеження за субшкалою «Передумови для здійснення суїциду» про зниження середнього та високого рівнів, що вказує на зменшення передумов для здійснення суїциду. Варто зазначити, що результати обстеження підлітків за субшкалою «Ставлення до життя» після проведення формувального експерименту набули певної динаміки. Аналіз результатів діагностичного обстеження за субшкалою «Характеристики можливої суїцидальної спроби» засвідчує про зменшення середнього та високого рівнів вірогідності виникнення ризику можливих суїцидальних спроб.

Порівняльний аналіз результатів діагностичного обстеження підлітків за шкалою оцінки суїцидального мислення А. Бека було з'ясовано, що на контрольному етапі за всіма шкалами зростання частки підлітків із низьким рівнем суїцидального мислення. Аналіз результатів діагностичного обстеження вказує на ефективність розробленої та запровадженої програми з профілактики суїцидальної поведінки в підлітків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анищенко Л., Молочко Т. Первенція суїцидальної поведінки підлітків: методичні рекомендації. Чернігів: Чернігівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського, 2021. 87 с.
2. Дереш С. Теоретичні аспекти деструктивної поведінки підлітків. *Педагогічний альманах*. 2022. 10.37915/ра.vi52.404.
3. Державна служба статистики України. Статистичні дані щодо підліткової смертності. – Київ, 2023. https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2023/zb/11/year_22_u.pdf
4. Гірняк А. Глибинно-психологічне підґрунтя суїциду. *Психологія і суспільство*. 2010. № 1 (39). С. 151-158.
5. Заїка В. М., Пробий-Голова Л. Є. Проблема аутоагресивної поведінки сучасної молоді. *Молодь: освіта, наука, духовність* 2018. № 2. С. 211-223.
6. Зелінський О. О. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. *Теорія та практика психокорекції особистості*: електронний збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Умань, 26 жовтня 2023 р.). Умань, 2023. С. 69-71.
7. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків. *Психолог.* – 2005. – Верес. (№ 35). С. 26–32
8. Кокун 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, 2019. 206 с.
9. Кондратьєва І. Особистісні особливості суїцидальної поведінки в підлітковому віці. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 9 (37). С. 1141-1149. 10.52058/2786-5274-2024-9(37)-1141-1149.
10. Криницька С. О. Сутність та профілактика суїцидальної поведінки. *Соціальна робота в громаді: сучасні виклики та перспективи розвитку*:

матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Дніпро, 24 березня 2023 року) / за заг. ред. проф. О. О. Осетрової. – Дніпро, ДНУ імені О. Гончара, 2023. С. 214-217.

11. Лісницька В. В. Основні причини суїцидальної поведінки підлітків. *The 5 th International scientific and practical conference «Modern science: innovations and prospects» (February 6-8, 2022) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2022. С. 771-779.*

12. Лопаєва О. М., Бойко О. І. Суїцидальна поведінка підлітків як соціальна проблема. *Modern trends in development science and practice. 2021. № 6. С. 415-452.*

13. Людера Н. Психологічні чинники суїцидальної поведінки. *Освіта і наука. 2021. № 1. С. 76-84.*

14. Матейко Н. М. Психологічні чинники суїцидальної поведінки військових та напрями запобігання їй // Габітус. 2020. Вип. 20. С. 45-49. http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2020_20_9

15. Марута Н. О., Тахташова Д. Р., Панько Т. В. Клініко-психопатологічні закономірності формування суїцидальної поведінки у хворих на біполярні афективні розлади. *Український вісник психоневрології. 2014. Вип. 4. С. 9-22.*

16. Марущак А. П. Схильність до суїцидальної поведінки у студентської молоді віком від 19 до 23 років. *The 3 rd International scientific and practical conference «Topical aspects of modern scientific research» (November 23-25, 2023) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2023. С. 634-642.*

17. Михайлишин У., Шмідзен І., Малета А. Самооцінка у формуванні статусу підлітків у групі. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2023. № 4. С. 121-125. 10.32782/psy-visnyk/2023.3.24.*

18. Міненко О. Дослідження особливостей тривожності підлітків в умовах воєнного конфлікту. *Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 7. С. 47-54. 10.32782/cusu-psy-2024-3-7.*

19. Музиченко І. В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2017. № 9. С. 11-15.
20. Нявчук О. Б., Карпенко Т. В. Суїцидальна поведінка як психологічна проблема. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2011. № 2. С. 193-204.
21. Осетрова О. О. Соціально-філософський аспект дослідження феномену суїциду: монографія / Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. Дніпро: РВВ ДНУ; ЛПРА. 2020. 124 с.
22. Османова А. М. Теоретико-методологічний аналіз проблеми аутоагресивної поведінки у психологічній літературі. *Психологічні науки*. 2018. № 8. С. 160-174.
23. Особистісні стратегії життєдіяльності в умовах невизначеності середовища: монографія / Ю. М. Швалб, О. Л. Вернік, О. М. Дячок, Т. М. Кирпенко, О. В. Павленко; за ред. Ю. М. Швалба. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 262 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/742906>
24. Пипа Л. В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей та підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. *Здоров'я дитини*. 2014. № 6. С. 92-99.
25. Пов'якель Н. І. Соціальні аспекти профілактики суїцидальної поведінки. *Психологічний журнал*. 2021. № 3. С. 25-36.
26. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.
27. Синишина В. М. Психологія суїцидальної поведінки: використання методів інтерактивного навчання під час проведення практичних занять. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2022. 90 с.
28. Сургунд Н., Козак А. Вплив сучасного інформаційного середовища та Інтернету на формування славного «Я» підлітків. *Psychology Travelogs*. 2024. № 4. С. 15-25. 10.31891/PT-2024-4-2.
29. Тимошенко К. Ю. Соціально-педагогічна профілактика суїцидальної поведінки учнів основної школи як наукова проблема. *Наукові здобутки*

студентів Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти. 2014. № 2. С. 49-57.

30. Ткач Б. Нейропсихологічні механізми суїцидальної поведінки. *Проблеми сучасної психології*. 2016. № 32. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2016-32.%p>

31. Трусова С. М. Соціально-психологічні передумови та профілактика суїцидальної поведінки підлітків і юнацтва. Київ: Академвидав, 2000. 200 с.

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

33. Хрущ О. В. Теоретичні засади профілактики суїцидальної поведінки у молоді. The 13 th International scientific and practical conference «*Science, innovations and education: problems and prospects*» (July 28-30, 2022) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2022. С. 364-377.

34. Янішевська К. Д., Савицька І. В. Поняття, фактори та ознаки суїциду неповнолітніх. 2019. <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/74598>

35. Pavlenko H., Zvyereva A. Peculiarities of adaptation and overcoming stress in adolescents in the conditions of military conflict. *Visnyk of V N Karazin Kharkiv. National University A Series of Psychology*. 2024. № 4. С. 76-81. 10.26565/2225-7756-2024-76-04.

36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision). Washington, 2020. DC: American Psychiatric Association.

37. Bagge C.L., Glenn C.R., Lee H. J. Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013. Vol. 122. С. 359-368. doi:10.1037/a0030371

38. Bonanno G. A., Bruin C. R., Caniasti C., La Greca A. M. Weighing the Cost of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience of Individuals, Families, and Communities. *Psychological Science in the Public Interest*. 2019. Vol. 11(1) P. 1-49.

39. Bredemeier K., Miller I. W. Executive function and suicidality: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology Review*. 2015. № 40. P. 170-183. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.005
40. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A., Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*. 1996. № 53. P. 1145-1152. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830120085015
41. Brown B.B. (1990). Peer groups and peer cultures. In Feldman SS & Elliott GR (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1990. P. 171-196.
42. Choudhury S, Blakemore S. J., Charman T. Social cognitive development during adolescence. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2006. № 1. P. 165-174. doi:10.1093/scan/nsl024
43. Compas B. E., Davis G. E., Forsythe C. J. Characteristics of life events during adolescence. *American Journal of Community Psychology*. 1985. № 13. P. 677-691.
44. Conway C. C., Hammen C., Brennan P. A. Expanding stress generation theory: Test of a transdiagnostic model. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012. № 121. P. 754-766. doi:10.1037/a0027457
45. Dohrenwend B. P. Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*. 2006. № 132. P. 477-495. doi: 10.1037/0033-2909.132.3.477
46. Eberhart N. K., Hammen C. L. Interpersonal predictors of stress generation. *Personality. Social Psychology Bulletin*. 2009. № 35. P. 544-556. doi:10.1177/0146167208329857
47. Franklin J. C., Ribeiro J. D., Fox K. R., Bentley K. H., Kleiman E. M., Huang X., Musacchio K. M. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017. № 143. P. 187-232. doi:10.1037/bul0000084

48. Glenn C. R., Nock M. K. Improving the short-term prediction of suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014. № 47. P. 176-180. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.004
49. Gould M. S. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child*. 2003. № 42. P. 386-405. doi: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF
50. Grandin L. D., Alloy L. B., Abramson L. Y. Childhood stressful life events and bipolar spectrum disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2007. № 26. P. 460-478. doi:10.1521/jscp.2007.26.4.460
51. Hammen C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. № 1. P. 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
52. Hammen C. Adolescent depression: Stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*. 2009. № 18. P. 200-204. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x
53. Harkness K. L., Monroe S. M. The assessment and measurement of adult life stress: Basic premises, operational principles, and design requirements. *Journal of Abnormal Psychology*. 2016. № 125. P. 727-745. doi:10.1037/abn0000178
54. Hernandez E. M., Trout Z. M., Liu R. T. Vulnerability-specific stress generation: Childhood emotional abuse and the mediating role of depressogenic interpersonal processes. *Child Abuse & Neglect*. 2016. № 62. P. 132-141. doi:10.1016/j.chiabu.2016.10.019 [PubMed: 27838584]
55. Hirsch J. K., Chang E. C. Perceived stress and suicidal behaviour in new adults: a conditional process model. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2019. Vol. 40(3). P. 168-176.
56. Jollant F., Guillaume S., Jaussent I., Castelnau D., Malafosse A., Courtet P. Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *Journal of Affective Disorders*. 2007. № 99. P. 59-62. doi:10.1016/j.jad.2006.07.022
57. Jongho P., Bommersbach T., Pietrzak R., Greg Rhee T. Durkheim's Theory of Social Integration and Suicide Revisited: Is It Diversity of Social

Networks or Perceived Strength of Social Support That Matters? *Clinic Psychiatry*. 2023. Vol. 84(1). <https://www.psychiatrist.com/jcp/social-support-and-suicidality/>

58. Kasen S., Cohen P., Chen H. (2011). Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2011. 41, 180–192. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00017.x [PubMed: 21342218]

59. Kaufman J., Birmaher B., Brent D., Rao U., Flynn C., Moreci P., Williamson D. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (KSADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997. № 36. P. 980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021

60. Kendler K. S. Genetic and environmental pathways to suicidal behavior: reflections of a genetic epidemiologist. *European Psychiatry*. 2010. № 25. P. 300-303. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.01.005

61. Kleiman E. M., Turner B. J., Fedor S., Beale E. E., Huffman J. C., Nock M. K. Examination of real time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*. 2017. № 126. P. 726-738. doi:10.1037/abn0000273

62. Klonsky E. D., May A. M., Saffer B. Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016. № 12. P. 307-330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204

63. Leon A. C., Friedman R. A., Sweeney J. A., Brown R. P., Mann J. J. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Research*. 1990. № 31. P. 99-108. doi:10.1016/0165-1781(90)90112-I

64. Liu R. T. Stress generation: Future directions and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 2013. № 33. P. 406-416. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.005

65. Liu R. T., Alloy L. B. Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*. 2010. № 30. P. 582-593. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.010

66. Liu R. T., Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2014. № 34. P. 181-192. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.006

67. Ribeiro J. D., Franklin J. C., Fox K. R., Bentley K. H., Kleiman E. M., Chang B. P., Nock M. K. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*. 2016. № 46. P. 225-236. doi:10.1017/S0033291715001804

68. Ribeiro J. D. Joiner T. E. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. *Clinical Psychology*. 2009. Vol. 65 (12). P. 1291-1299.

69. Rudolph K. D. Developmental influences on interpersonal stress generation in depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008. № 117. P. 673-679. doi:10.1037/0021-843X.117.3.673

70. Shneidman E. The Suicidal Mind. U.S.A.: Oxford University Press, Revised ed. Edition. 1998. 208 p.

71. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [file:///C:/Users/user/Downloads/WHO-Annual-World-Health-Statistics-Report-2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/WHO-Annual-World-Health-Statistics-Report-2021%20(1).pdf)

72. Zalsman G., Houghton K., Wasserman D.. Review of suicide prevention strategies: A 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3(7). P. 646-659.

ДОДАТКИ

Додаток А

Регістраційний бланк

П.І.Б.

(повністю)

	Дата обстеження	Вік	
	Стать	Школа	
	Клас		

Інструкція: «Прочитайте запропоновані твердження, які подано навпроти порядкових цифр. Будь ласка, оберіть той варіант відповіді, який найбільш вдало описує Ваш психологічний стан та самопочуття тут і зараз. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім оберіть ті відповіді, які правдиві по відношенню до Вас».

№з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.
б) Мені погано.
в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити.
г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.
б) Я боюся майбутнього.
в) Мене ніщо не радує.
г) Моє майбутнє безпросвітне.
3. а) В житті мені переважно щастило.
б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.
в) Я нічого не добився в житті.
г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.
б) Як правило, я скучаю.
в) Що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.
г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.
б) Може я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.
в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.
г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.
б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.
в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.
г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання.
б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.
в) Я знаю, що заслуговую покарання.
г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.
б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.
в) Я не люблю себе.
г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших.
б) Деколи я припускаюся помилки.
в) Просто жахливо, як мені не щастить.
г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.
б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.

- в) Було краще б зовсім нежити.
 - г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати.
- б) Бува, що я і поплачу.
 - в) Я тепер постійно плачу, так, що не можу виплакати.
 - г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний.
- б) Я легко дратуюсь.
 - в) Я знаходжусь в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.
 - г) Тепер мені все байдуже: те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.
- б) Іноді я відкладаю рішення на потім.
 - в) Приймати рішення для мене проблематично.
 - г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
- б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
 - в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.
 - г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
15. а) Здійснити вчинок – для мене не проблема.
- б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.
 - в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.
 - г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.
- б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
 - в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.
 - г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
17. а) У мене збереглася колишня працездатність.
- б) Я швидко втомлююся.
 - в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
 - г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
- б) У мене пропав апетит.
 - в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.
 - г) У мене взагалі немає апетиту.
19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
- б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
 - в) У мене немає ніякого бажання бути в суспільстві.
 - г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, не хвилює ніщо стороннє.
20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.
- б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.
 - в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.
 - г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.
21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так

само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки
просто вимотують мене.

Додаток Б

Реєстраційний бланк та текст опитувальника суїцидального ризику (ОСР)

Реєстраційний бланк

П.І.Б.

(повністю)

_____	Дата обстеження _____	Вік _____
_____	Стать _____	Школа _____
_____	Клас _____	

Інструкція: «Вам пропонується до ознайомлення низка тверджень, які Ви маєте оцінити. Якщо Ви погоджуєтесь із твердженням, то в стовпчику для відповідей ставите позначку «+». Якщо Ви не погоджуєтесь із твердженням, то в стовпчику для відповідей ставите позначку «-».

Бланк відповідей

Номер твердження	+ / -	Номер твердження	+ / -
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15			

Текст опитувальника

1. Ви все відчуваєте гостріше, ніж більшість людей.
2. Вас часто долають похмурі думки.
3. Тепер Ви вже не сподіваєтесь досягти бажаного положення в житті.
4. У разі невдачі Вам важко почати нову справу.
5. Вам безумовно не щастить у житті.

6. Вчитися Вам стало важче, ніж раніше.
7. Більшість людей задоволені життям більше, ніж Ви.
8. Ви вважаєте, що смерть є спокутою гріхів.
9. Тільки зріла людина може прийняти рішення піти з життя.
10. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
11. Зазвичай Ви обережні з людьми, які ставляться до Вас дружелюбніше, ніж Ви очікували.
12. Ви вважаєте себе приреченою людиною.
13. Мало хто щиро намагається допомогти іншим, якщо це пов'язано з незручностями.
14. У Вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
15. Людина, яка вводить інших у спокусу, залишаючи без нагляду цінне майно, винна приблизно настільки ж, наскільки і той, хто це майно викрадає.
16. У Вашому житті не було таких невдач, коли здавалося, що все скінчено.
17. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
18. Ви вважаєте, що завжди потрібно вчасно поставити крапку.
19. У Вашому житті є люди, прихильність до яких може дуже вплинути на Ваші рішення і навіть змінити їх.
20. Коли Вас ображають, Ви прагнете будь-що довести кривдникові, що він вчинив несправедливо.
21. Часто Ви так переживаєте, що це заважає Вам говорити.
22. Вам часто здається, що обставини, в яких Ви опинилися, відрізняються особливою несправедливістю.
23. Іноді Вам здається, що Ви раптом зробили щось погане або навіть гірше.
24. Майбутнє уявляється Вам досить безпросвітним.
25. Більшість людей здатні добиватися вигоди не зовсім чесним шляхом.
26. Майбутнє занадто розпливчасте, щоб будувати серйозні плани.
27. Мало кому в житті довелося випробувати те, що пережили недавно Ви.
28. Ви схильні так гостро переживати неприємності, що не можете викинути з голови думки про це.
29. Часто Ви дієте необдуманно, підкоряючись першому пориву.

Додаток В

Реєстраційний бланк та текст шкали суїцидального мислення А. Бека (Scale for Suicidal Ideation; SSI).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ (повністю)

Дата обстеження _____

Вік _____ Стать _____

Клас _____

Текст опитувальника:

I. Бажання жити

1. Ставлення до життя/смерті

0. від помірного до сильного;

1. слабке;

2. відсутнє.

2. Бажання померти:

0. відсутнє;

1. слабке;

2. від помірного до сильного.

3. Доводи на користь життя/смерті:

4. доводів на користь життя більше, ніж на користь смерті;

5. приблизно однакові;

6. доводів на користь смерті більше, ніж на користь життя.

4. Бажання зробити активну суїцидальну спробу:

7. відсутнє;

8. слабке;

9. від помірного до сильного.

5. Пасивна суїцидальна спроба:

a. вжив би запобіжні заходи, щоб залишитися в живих;

b. покластися на волю випадку (наприклад, вийшов би на проїжджу частину на жвавій вулиці);

c. не зробив би нічого для того, щоб залишитися в живих (наприклад, припинення прийому інсуліну діабетиком).

II. Характеристики суїцидальної ідеаторної активності

6. Тривалість думок:

a. скороминущі;

b. досить тривалі;

c. невідступні;

7. Частота:

a. виникають дуже рідко;

b. то виникають, то зникають;

с. не відпускають;

8. Ставлення до суїцидальних думок/бажань:

- а. негативне;
- б. амбівалентне, індивергентне;
- с. згода.

9. Контроль над суїцидальною поведінкою:

- а. упевнений, що може протистояти суїцидальним думкам/бажанням;
- 2. не впевнений в цьому;
- 3. не контролює себе.

10. Стримуючі фактори (сім'я, релігійні переконання; можлива інвалідизація в разі безуспішної спроби; незворотність вчинку):

- а. Не вчинить самогубства в силу стримуючих факторів (вказати яких);
- б. бере до уваги стримуючі фактори;
- с. не думає про стримуючі фактори.

11. Причини можливої суїцидальної спроби:

- а. маніпулювати оточуючими, привернути до себе увагу, помститися комусь;
- б. поєднання "0" і "2";
- с. покласти край стражданню, разом вирішити всі проблеми.

III. Характеристики можливої суїцидальної спроби

12. Метод (ступінь продуманості):

- а. не обміркований;
- б. обміркований в загальному вигляді⁴
- с. детально опрацьований.

13. Ступінь доступності методу та наявність можливості для здійснення суїциду:

- а. недоступний у принципі (можливість відсутня);
- б. для підготовки потрібен час (на даний момент можливість відсутня);
- с. метод доступний, можливість є.

14. Суб'єктивно відчувається здатність до скоєння суїциду:

- а. вважає, що йому не вистачить сміливості або що в нього не вийде накласти на себе руки;
- б. не впевнений у тому, що йому вистачить сміливості або що в нього вийде накласти на себе руки;
- с. впевнений у власній сміливості та компетентності.

15. Очікування/можливість суїцидальної спроби:

- а. ні;
- б. слабке (під сумнівом);
- с. є.

IV. Реалізація можливого суїциду

16. Реальна підготовка:

- а. ні;
- б. часткова (наприклад, почав запасатися таблетками);
- с. завершена (має достатній запас таблеток, заряджений пістолет тощо).

17. Передсмертна записка:

- а. ні;
- б. тільки почав складати (тільки обмірковує);
- с. написана.

18. Останні дії та вказівки (оформлення заповіту, страховки на близьких, подарунки друзям і родичам тощо):

- а. ні;
- б. думає про це (зробив деякі вказівки);
- с. зробив всі необхідні вказівки.

19. Приховування суїцидальних намірів:

- a. висловлює їх відкрито;
- b. не говорить про них;
- c. приховує їх.

V. Передумови для здійснення суїциду**20. Наявність суїцидальних спроб у минулому:**

- a. ні;
- b. одна;
- c. кілька.

21. Бажання померти після останньої суїцидальної спроби:

- a. слабке;
- b. амбівалентні почуття;
- c. сильне.