

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет Гуманітарно-педагогічний

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри психології

_____ **Ірина МАРТИНЮК**

“ ” 2026 р.

БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему “Соціально-психологічні чинники суїцидальних думок у
юнацькому віці та їх профілактика”**

Спеціальність 053 “Психологія”

Гарант освітньої програми

кандидат психологічних наук, доцент _____ **Ірина МАРТИНЮК**

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи

_____ **Ірина МАРТИНЮК**

Виконав

_____ **Денис АРТЮХ**

КИЇВ – 2026

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет Гуманітарно-педагогічний

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

кандидат психологічних наук, доцент
_____ Ірина МАРТИНЮК

“___” _____ 2025 р.

З А В Д А Н Н Я

на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи студенту

Денису Артюху

Спеціальність 053 “Психологія”

(код і назва)

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи **“Соціально-психологічні чинники суїцидальних думок у юнацькому віці та їх профілактика”**

затверджена наказом ректора НУБіП України від “28” жовтня 2025 р. №2568“С”.

Термін подання завершеної роботи на кафедру __2025.06.11

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи:

Наукові положення про психологічні особливості юнацького віку, результати наукових досліджень чинників суїцидальної поведінки особистості, результати науково-практичних розробок проблеми профілактики суїцидальної поведінки особистості на етапі дорослішання.

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. У ході теоретичного аналізу даних наукових джерел з'ясувати сутність суїцидальних думок як психічного феномену, чинники їх виникнення та шляхи і методи профілактики.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження соціально-психологічних чинників суїцидальної поведінки в осіб юнацького віку та проаналізувати його результати.

3. На підґрунті результатів емпіричного дослідження розробити програму профілактики суїцидальної поведінки в осіб юнацького віку.

4. Провести апробацію розробленої програми та проаналізувати її ефективність.

Дата видачі завдання “28” _жовтня_ 2025 р.

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи _____ Ірина МАРТИНЮК
Завдання прийняв до виконання _____ Денис АРТЮХ

РЕФЕРАТ

У роботі представлені результати дослідження проблеми соціально-психологічних чинників суїцидальних думок у юнацькому віці та їх профілактики.

Висвітлене теоретичне підґрунтя дослідження суїцидальних думок як психологічного феномену. Зокрема, аналізуються основні концептуальні підходи до розуміння суїцидальності, соціально-психологічні чинники виникнення суїцидальних думок у юнацькому віці, а також сучасні підходи до їх профілактики.

Зроблений висновок про те, що виникнення суїцидальних думок у юнацькому віці зумовлюється комплексом взаємопов'язаних соціально-психологічних чинників, серед яких провідну роль відіграють сімейні конфлікти, булінг, кібербулінг, самотність, академічний стрес, переживання втрати, нестабільна самооцінка та наслідки психологічної травматизації в умовах збройного конфлікту.

Описані методи, процедура та вибірка емпіричного дослідження соціально-психологічних чинників суїцидальних думок в осіб юнацького віку. Проведений аналіз отриманих результатів. Увагу акцентовано на взаємозв'язках між рівнем суїцидального ризику та особливостями емоційного стану, самооцінки, міжособистісних взаємин і психологічної стійкості досліджуваних.

Окрему увагу приділено розробці, апробації та оцінці ефективності психопрофілактичної програми, спрямованої на зниження рівня суїцидальних думок у юнацькому віці та розвиток психологічної резильєнтності.

Висновки відбивають основні узагальнення проведеної роботи.

Список літератури налічує 70 джерел.

У додатках вміщені діагностичні методики.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДґРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО_ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДУМОК У ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ.....	9
1.1. Суїцидальні думки як психологічний феномен: сутність, види та концептуальні підходи до вивчення.....	9
1.2. Соціально-психологічні чинники виникнення суїцидальних думок у юнацькому віці.....	16
1.3. Сучасні підходи до профілактики суїцидальних думок у юнацькому віці.....	23
Висновки до розділу I.....	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДУМОК В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.....	33
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	33
2.2. Аналіз результатів діагностики суїцидального ризику та соціально-психологічних характеристик досліджуваних.....	40
2.3. Інтерпретація взаємозв'язків між соціально-психологічними характеристиками та суїцидальними думками досліджуваних.....	47
Висновки до розділу II.....	54
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДУМОК У ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ.....	55
3.1. Розробка та теоретичне обґрунтування психопрофілактичної програми.....	55
3.2. Апробація розробленої програми.....	68
3.3. Аналіз ефективності програми профілактики суїцидальних думок у юнацькому віці.....	76
Висновки до розділу III.....	87
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	93
ДОДАТКИ.....	102

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно понад 700 тисяч осіб у світі гинуть від суїциду, причому серед осіб віком від 15 до 29 років самогубство посідає четверте місце серед провідних причин смерті. В Україні рівень суїцидів серед молоді зріс після початку повномасштабного збройного конфлікту: за оцінками Центру громадського здоров'я, у 2023 році кількість звернень молоді до кризових психологічних служб зросла більш, ніж удвічі, порівняно з довоєнним періодом. Дослідження, проведені у 2023–2024 роках, засвідчують, що від 15 до 25 відсотків студентів українських закладів вищої освіти повідомляють про наявність суїцидальних думок різного ступеня вираженості [2; 11; 38]. Ці статистичні показники актуалізують потребу у науково обґрунтованому вивченні чинників та механізмів формування суїцидальних думок у молодіжному середовищі. Проблема суїциду як психологічного феномену розроблялася у працях Е. Шнейдмана, А. Бека, Т. Джойнера, М. Лінехан, В. Франкла, К. Меннінгера. У вітчизняній психологічній традиції суїцидальну поведінку досліджували Р. Федоренко, В. Чернобровкіна, В. Москалець, Л. Хоменко-Семенова, К. Сахарова. Ризик суїцидальних думок саме в юнацькому віці вивчали Г. Горбань, І. Музиченко, С. Савченко, О. Задорожня, Д. Кох, О. Штельмащук, Л. Калашникова. Розробкою шляхів подолання та профілактики суїцидальних тенденцій серед молоді займалися В. Дем'яненко, З. Кіреєва, С. Рибак, І. Мартиненко, С. Богданов. Юнацький вік є специфічно вразливим щодо формування суїцидальних думок через поєднання низки психологічних особливостей. Інтенсивне становлення ідентичності супроводжується підвищеною чутливістю до соціальних оцінок та відкидання, переживанням невизначеності щодо власного місця у соціумі. Емоційна нестабільність, властива юнацькому періоду, посилює реагування на стресові ситуації, а недостатньо сформований репертуар конструктивних копінг-стратегій обмежує здатність молоді людини знаходити продуктивні виходи з кризових станів.

Прагнення до автономії від батьківського впливу нерідко послаблює захисну роль сімейного середовища, залишаючи юнака наодинці з переживаннями, що перевищують його адаптаційні ресурси [8; 44; 62]. Попри значний обсяг наукових даних, низка питань профілактики суїцидальних думок у юнацькому віці залишається нерозв'язаною. Зокрема, недостатньо з'ясованою є ієрархія соціально-психологічних чинників, що визначають суїцидальний ризик у студентської молоді в умовах воєнного часу. Відсутні науково обґрунтовані програми групової профілактики суїцидальних думок, адаптовані до специфічного українського контексту та потреб студентського контингенту. Бракує емпіричних досліджень взаємодії традиційних чинників суїцидального ризику з новими стресорами, породженими збройним конфліктом та цифровізацією соціального простору.

Психологічна служба закладів вищої освіти в Україні нині функціонує в умовах різкого зростання запитів на психологічну підтримку при збереженні дефіциту кадрових, методичних і фінансових ресурсів. Психологи закладів часто не мають у своєму розпорядженні стандартизованих, науково обґрунтованих програм профілактики суїцидальних думок, адаптованих до вітчизняного контексту і потреб студентської молоді в умовах воєнного часу.

Вище викладене і зумовило вибір теми нашого дослідження: “Соціально-психологічні чинники суїцидальних думок у юнацькому віці та їх профілактика”.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити соціально-психологічні чинники виникнення суїцидальних думок у юнацькому віці, а також розробити, апробувати й оцінити ефективність психопрофілактичної програми, спрямованої на їх зниження.

Для досягнення мети визначені такі **завдання**:

1. У ході теоретичного аналізу даних наукових джерел з'ясувати сутність суїцидальних думок як психічного феномену, чинники їх виникнення та шляхи і методи профілактики.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження соціально-психологічних чинників суїцидальної поведінки в осіб юнацького віку та проаналізувати його результати.

3. На підґрунті результатів емпіричного дослідження розробити програму профілактики суїцидальної поведінки в осіб юнацького віку.

4. Провести апробацію розробленої програми та проаналізувати її ефективність.

Об'єкт дослідження: суїцидальні думки у юнацькому віці як психологічний феномен.

Предмет дослідження: соціально-психологічні чинники виникнення суїцидальних думок у студентів юнацького віку.

Гіпотеза дослідження. Суїцидальні думки в юнацькому віці обумовлюються низкою соціально-психологічних чинників, урахування яких у спеціальних програмах психологічної допомоги допомагає здійснювати їх ефективну профілактику.

Для реалізації мети та перевірки гіпотези були використані такі **методи дослідження:** теоретичні (аналіз та узагальнення даних наукових джерел), емпіричні (Шкала суїцидальних ідей Бека, Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності, авторська анкета), методи математичної обробки даних (описова статистика, непараметричний кореляційний аналіз за Спірменом; критерій Манна–Уїтні, критерій Краскела–Уолліса) та інтерпретаційний метод.

Структура бакалаврської роботи зумовлена логікою дослідження і відповідає поставленій меті та завданням. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 116 сторінок, основний текст – 86 сторінок. Робота містить 12 таблиць, п'ять додатків. Список використаних джерел налічує 70 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДУМОК У ЮНАЦЬКОМУ ВІСІ

1.1. Суїцидальні думки як психологічний феномен: сутність, види та концептуальні підходи до вивчення

Суїцидальні думки є одним із найбільш складних і багатогранних феноменів психічного життя людини, що привертає увагу дослідників різних наукових шкіл і традицій. У загальному розумінні суїцидальні думки визначаються як когнітивні переживання, пов'язані з уявленнями про власну смерть як можливий або бажаний вихід із важкої ситуації. Вони охоплюють широкий спектр – від пасивних роздумів про те, що краще б не жити, до активного планування власного знищення. Такий широкий діапазон свідчить про те, що суїцидальні думки не є однорідним явищем, а є континумом станів різної інтенсивності та небезпеки. Дослідники наголошують, що навіть пасивні суїцидальні думки не можна ігнорувати, оскільки вони можуть бути предиктором подальшої ескалації суїцидальної поведінки. Розуміння сутності цього феномену є основою для побудови ефективних превентивних стратегій [62, с. 14].

Класичні психоаналітичні підходи розглядали суїцидальні тенденції крізь призму агресії, спрямованої всередину особистості. Зигмунд Фрейд у своїх теоретичних розробках описував суїцид як результат звернення назовні деструктивного імпульсу, спрямованого проти інтроекованого об'єкта любові. Карл Меннінгер розвинув цю ідею, виділивши три елементи суїцидального потягу: бажання вбити, бажання бути вбитим і бажання померти. Ці три складові можуть існувати в різних комбінаціях і пропорціях, визначаючи форму і вираженість суїцидальної поведінки. Психоаналітична традиція надала потужного концептуального підґрунтя для розуміння несвідомих механізмів, що лежать в основі прагнення до самознищення. Незважаючи на певні

обмеження цього підходу, він залишається значущим для клінічної практики й діагностики суїцидального ризику [65, с. 12].

Когнітивна психологія запропонувала принципово інший кут зору на природу суїцидальних думок, зосередившись на ролі дисфункціональних переконань і когнітивних викривлень. Аарон Бек описав так звану когнітивну тріаду депресії, що включає негативне ставлення до себе, до навколишнього світу та до майбутнього, і розглядав суїцидальні думки як крайній прояв когнітивного відчаю. Безнадійність, за Беком, є центральним когнітивним конструктом, що опосередковує зв'язок між депресією та суїцидальними намірами. Пізніші дослідження підтвердили, що когнітивна ригідність і нездатність генерувати альтернативні рішення є характерними рисами суїцидальних осіб. Когнітивні підходи відкрили шлях до розробки ефективних психотерапевтичних втручань, спрямованих на реструктуризацію дисфункціональних схем мислення. Саме в рамках цієї традиції стало можливим операціоналізувати суїцидальні думки як об'єкт психологічного вимірювання і корекції [35, с. 1].

Теорія міжособистісного суїциду Томаса Джойнера набула значного поширення у сучасній суїцидології і пропонує пояснення переходу від суїцидальних думок до суїцидальних дій. Згідно з цією теорією, суїцидальне бажання виникає на перетині двох психологічних станів: відчуття тягара для інших і відчуття соціальної відчуженості. Перший стан проявляється у переконанні, що власне існування завдає шкоди близьким, другий – у руйнуванні відчуття приналежності до соціальної групи. Суїцидальні думки, за Джойнером, є когнітивним відображенням цих двох переживань, тоді як для реалізації суїцидальної поведінки необхідна ще й набута здатність до самопошкодження. Ця модель надає чітку концептуальну рамку для клінічної оцінки суїцидального ризику й виділення ключових мішеней терапевтичного втручання. Її практична цінність полягає у тому, що вона виходить за межі суто симптоматичного підходу й зосереджується на глибинних міжособистісних детермінантах суїцидальності [52, с. 1].

Логотерапевтичний підхід Віктора Франкла розглядає суїцидальні думки як симптом екзистенційного вакууму – стану втрати сенсу існування. На відміну від класичних психіатричних концепцій, що акцентують на патології, логотерапія наголошує на здатності людини знаходити смисл навіть у найтяжчих обставинах. Суїцидальні думки, з цієї перспективи, є відображенням неможливості знайти відповідь на питання «навіщо жити», а не лише симптомом депресивного розладу. Важливою рисою цього підходу є його оптимістичне антропологічне підґрунтя: людина розглядається не як жертва обставин, а як суб'єкт, здатний до смислотворення навіть у граничних ситуаціях. Особливої актуальності логотерапевтичний підхід набуває в умовах тривалої травматизації, спричиненої збройними конфліктами, коли традиційні смислові орієнтири руйнуються. Цей підхід відкриває можливість для роботи з суїцидальними думками через відновлення смислового горизонту особистості [36, с. 64].

Вітчизняна психологічна наука виробила власні традиції вивчення суїцидальної поведінки, що інтегрують як зарубіжні теоретичні досягнення, так і специфічний соціокультурний контекст. У рамках українських досліджень суїцидальні думки розглядаються як елемент ширшої системи суїцидальної поведінки, що включає суїцидальні ідеї, задуми, наміри, а також парасуїцидальні дії й завершені суїциди. Такий системний погляд дозволяє відстежувати динаміку суїцидального процесу та виокремлювати критичні точки, у яких можливе й необхідне психологічне втручання. Вітчизняні дослідники підкреслюють, що суїцидальні думки не є стабільним психічним утворенням, а можуть посилюватися й слабшати залежно від зовнішніх обставин і внутрішніх ресурсів особистості. Динамічний характер суїцидальності ставить на порядок денний потребу в регулярному моніторингу психічного стану осіб групи ризику. Це особливо актуально для підліткового та юнацького контингенту, де суїцидальні кризи можуть розгортатися стрімко й непередбачувано [62, с. 47].

Класифікація суїцидальних думок є необхідним інструментом як для наукового аналізу, так і для клінічної практики. Дослідники вирізняють пасивні суїцидальні думки, що не включають конкретного плану чи наміру, й активні суїцидальні думки, які супроводжуються образами конкретних способів суїциду. Окремо розглядаються думки про смерть як бажаний стан спокою без чіткого наміру позбавити себе життя. Така диференціація має принципове значення для оцінки рівня ризику: наявність конкретного плану, доступних засобів і визначеного часу суттєво підвищує вірогідність переходу від думок до дій. Разом із тим дослідження засвідчують, що навіть пасивні суїцидальні думки є предиктором майбутніх суїцидальних спроб і потребують уваги фахівців. Систематизація суїцидальних переживань дозволяє уникнути як надмірної алармістської реакції, так і небезпечного применшення ризику [33, с. 5].

Феноменологія суїцидальних думок є значно складнішою, ніж це може здаватися на перший погляд, і включає різноманітні суб'єктивні переживання, що не завжди вкладаються у стандартизовані описові схеми. Частина осіб переживає суїцидальні думки як нав'язливі, небажані образи, від яких хочеться позбутися, тоді як інші описують їх як заспокійливі, що надають відчуття контролю над нестерпною ситуацією. Ця феноменологічна різноманітність ускладнює діагностику й підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу до кожного випадку. Дослідники наголошують, що суїцидальні думки можуть виконувати різні психологічні функції: бути способом регуляції нестерпних емоцій, засобом комунікації дистресу або відображенням реального наміру. Розуміння функціональної ролі суїцидальних думок у психічній організації конкретної людини є ключем до вибору адекватної терапевтичної стратегії. Це відкриває нові горизонти для індивідуалізованої профілактичної та терапевтичної роботи [31, с. 57].

Зв'язок суїцидальних думок із депресивними розладами є одним із найбільш вивчених у клінічній літературі, проте цей зв'язок не є ані лінійним, ані однозначним. Депресія суттєво підвищує ризик виникнення суїцидальних думок через механізми когнітивного викривлення, ангедонії, зниженої

здатності до вирішення проблем і переживання безнадійності. Водночас суїцидальні думки можуть виникати й без клінічної депресії – в контексті гострого стресу, переживання втрати, екзистенційної кризи або вживання психоактивних речовин. Важливо, що наявність суїцидальних думок не завжди свідчить про психіатричну патологію в клінічному розумінні, особливо в підлітковому та юнацькому віці, де вони нерідко пов'язані з нормативними кризами розвитку. Дослідження показують, що депресія у підлітків має специфічний прояв: замість типової пригніченості частіше спостерігаються дратівливість, соматичні скарги й поведінкові розлади. Врахування цієї специфіки є необхідним для своєчасного виявлення суїцидального ризику в молодіжній популяції [28, с. 3].

Нейробіологічні дослідження суїцидальності відкрили новий рівень розуміння механізмів, що лежать в основі суїцидальних думок. Дисрегуляція серотонінергічної системи, порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі й зміни в префронтальній корі пов'язуються з підвищеним суїцидальним ризиком. Нейробіологічна уразливість може успадковуватися й взаємодіяти з психосоціальними стресорами, що реалізується у підвищеній схильності до суїцидальних переживань у відповідь на тригерні ситуації. Разом із тим нейробіологічні фактори є необхідними, але недостатніми для пояснення суїцидальної поведінки: їхня взаємодія з психологічними й соціальними чинниками визначає кінцевий ризик. Інтегративні моделі, що поєднують нейробіологічний і психосоціальний рівні аналізу, набувають все більшого поширення у сучасній суїцидології. Такі моделі дозволяють враховувати як біологічну уразливість, так і захисні ресурси особистості й середовища [46, с. 15].

Теоретичне осмислення суїцидальних думок як феномену, пов'язаного з переживанням болю й безвиході, запропоноване в концепції психологічного болю Едвіна Шнейдмана. За Шнейдманом, суїцид є спробою позбутися нестерпного психологічного болю – «психеболю», – що виникає внаслідок фрустрації базових психологічних потреб. Суїцидальні думки, відповідно, є

когнітивним і емоційним відображенням стану «тунельного мислення», за якого смерть сприймається як єдиний можливий вихід. Ця концепція підкреслює суб'єктивний характер суїцидального переживання: не об'єктивна тяжкість ситуації, а особистісне сприйняття її нестерпності є вирішальним чинником. Дослідники, що розвивають ідеї Шнейдмана, акцентують на потребі знижувати інтенсивність психологічного болю, а не лише усувати психіатричні симптоми. Терапевтичні стратегії, що враховують цей принцип, орієнтуються на емпатичне прийняття страждання й спільний пошук способів його полегшення [55, с. 34].

Гендерний вимір суїцидальних думок є стійко зафіксованим явищем у наукових дослідженнях: жінки частіше повідомляють про суїцидальні думки і частіше здійснюють суїцидальні спроби, тоді як чоловіки частіше гинуть від суїциду. Цей парадокс пояснюється різницею у вибраних методах: чоловіки схильні до більш летальних способів, тоді як жінки частіше вдаються до отруєнь і самопошкоджень. Гендерні відмінності у вираженості суїцидальних думок пов'язуються також із різними моделями емоційної регуляції, готовністю звертатися по допомогу й соціально прийнятними способами вираження дистресу. У юнацькому віці гендерні відмінності проявляються ще більш виразно: дівчата значно частіше повідомляють про суїцидальні думки, тоді як хлопці рідше розкривають свій психологічний стан оточуючим. Врахування гендерних особливостей є необхідним для розробки диференційованих програм профілактики. Ігнорування цього виміру призводить до недостатньої охопленості чоловічої аудиторії превентивними заходами [62, с. 128].

Роль нарративу й самооповіді у формуванні та підтримці суїцидальних думок є відносно новим предметом психологічного дослідження. Людина, яка переживає суїцидальні думки, часто будує специфічний внутрішній наратив, що включає образ себе як тягаря, переконання про незмінність ситуації й відсутність майбутнього. Цей наратив функціонує як самопідтримувальна схема, що відфільтровує позитивний досвід і підтверджує суїцидальну інтерпретацію реальності. Особливого значення набувають суїцидальні

нарлативи, що циркулюють в інтернет-середовищі, де вони можуть засвоюватися й відтворюватися вразливими молодими людьми. Дослідники фіксують так звані «заражальні» ефекти суїцидального контенту в соціальних мережах, що особливо небезпечні для підліткової й юнацької аудиторії. Нейтралізація деструктивних нарлативів через побудову альтернативних – нарлативів стійкості й виживання – є перспективним напрямом профілактичної роботи [67, с. 65].

Поняття суїцидального кризового стану дозволяє концептуалізувати суїцидальні думки не як стабільну особистісну рису, а як гострий психологічний стан, що виникає в результаті взаємодії уразливості й стресового тригера. Криза характеризується дезорганізацією звичних копінг-стратегій, звуженням свідомості й поглинанням уваги суїцидальними переживаннями. Розуміння суїцидальних думок як кризового феномену підкреслює їхній транзиторний характер і можливість подолання за умови своєчасної підтримки. Концептуалізація через кризу також обґрунтовує ефективність короткострокових інтервенцій, що спрямовані на стабілізацію стану й відновлення здатності до вирішення проблем. Кризовий підхід інтегрується з моделями психологічної стійкості й розглядає кризу водночас як небезпеку й можливість для особистісного зростання. Ця перспектива особливо цінна для роботи з молодіжною аудиторією, де кризові стани нерідко передують значущим особистісним трансформаціям [43, с. 109].

Інтеграція різних концептуальних підходів до розуміння суїцидальних думок є необхідною умовою для побудови вичерпної теоретичної моделі цього феномену. Жодна з монодисциплінарних теорій – психоаналітична, когнітивна, міжособистісна, нейробіологічна чи логотерапевтична – не спроможна самотійно пояснити всю складність суїцидального переживання. Синтетичні, інтегративні підходи, що враховують біологічну уразливість, когнітивні схеми, міжособистісний контекст і екзистенційний смисловий горизонт, мають найбільший пояснювальний потенціал. Такі підходи дозволяють враховувати як загальні закономірності, так і індивідуальні особливості суїцидальних

переживань конкретної людини. Практична суїцидологія орієнтується саме на інтегративні моделі, оскільки вони надають найбагатший арсенал інструментів для діагностики й терапії. Концептуальна різноманітність у цій галузі є не ознакою теоретичної неузгодженості, а відображенням реальної складності досліджуваного феномену [65, с. 21].

1.2. Соціально-психологічні чинники виникнення суїцидальних думок у юнацькому віці

Юнацький вік є одним із найбільш уразливих щодо виникнення суїцидальних думок, що пояснюється сукупністю нормативних вікових завдань і специфіки соціального середовища, у якому розгортається розвиток молодої людини. Цей період характеризується інтенсивним формуванням ідентичності, переглядом ціннісних орієнтацій, підвищеною чутливістю до оцінок оточуючих і прагненням до автономії від батьків. Суперечливість згаданих процесів створює психологічну напругу, що за несприятливого збігу обставин може набувати забарвлення самогубства. Дослідники підкреслюють, що юнацькі суїцидальні думки нерідко пов'язані не з реальним бажанням смерті, а з потребою у визнанні, порятунку від болю або покаранні тих, хто завдав страждання. Ця амбівалентність є характерною рисою юнацької суїцидальності й має враховуватися у психологічній роботі. Своєчасне розпізнавання суїцидальних думок у цьому віці є принципово значущим, оскільки саме в юнацтві закладаються поведінкові паттерни, що можуть зберігатися протягом усього подальшого життя [11, с. 22].

Сімейний клімат і характер батьківсько-дитячих стосунків є одним із найпотужніших чинників, що визначають психологічну вразливість юнаків щодо суїцидальних переживань. Холодні, відчужені або конфліктні стосунки з батьками позбавляють молоду людину базового відчуття безпеки й приналежності, що є фундаментом психологічного благополуччя. Надмірний

контроль і авторитаризм у сім'ї формують у юнаків відчуття безсилля й неможливості самореалізації, що є одним із факторів суїцидального ризику. Дослідження засвідчують, що підлітки й юнаки, які зростали в сім'ях із порушеними комунікативними патернами, мають значно вищі показники суїцидальних думок порівняно з однолітками із функціональних сімей. Роль батьків у формуванні самооцінки дитини є довготривалою й визначає її здатність справлятися з кризовими ситуаціями в дорослому житті. Позитивний сімейний емоційний клімат, навпаки, функціонує як захисний фактор, що знижує вразливість до суїцидальних переживань [64, с. 96].

Переживання психологічної травми, зокрема в контексті збройного конфлікту, є потужним соціально-психологічним чинником суїцидального ризику серед українських юнаків і дівчат. Вимушене переміщення, втрата звичного середовища, загибель близьких і постійна загроза для життя формують стан хронічного психологічного стресу, що виснажує адаптаційні ресурси особистості. Колективна травма, пережита цілими спільнотами, має специфічний вплив на психоемоційний стан молоді: вона руйнує відчуття передбачуваності й безпеки світу, що є критично важливим для нормального розвитку в юнацькому віці. Дослідники фіксують зростання рівня суїцидальних думок серед молоді, яка безпосередньо постраждала від збройного конфлікту, що свідчить про необхідність активного психологічного супроводу цієї категорії населення. Особливо вразливими є молоді люди, що втратили соціальні зв'язки внаслідок вимушеного переміщення, оскільки ізоляція є самостійним предиктором суїцидальних думок. Масштаб травматизації, спричиненої війною в Україні, робить вивчення її впливу на суїцидальність юнаків першочерговим завданням психологічної науки [23, с. 30].

Роль однолітків і соціального прийняття у виникненні або запобіганні суїцидальним думкам у юнацькому середовищі є визначальною, оскільки приналежність до групи є однією з ключових потреб цього вікового періоду. Відкидання, глузування й соціальна ізоляція серед однолітків формують хворобливе переживання власної неприйнятності, що є потужним тригером

суїцидальних думок. Особливої деструктивної сили набуває булінг – систематичне переслідування й приниження, яке не лише завдає психологічної травми, але й руйнує здатність жертви звертатися за допомогою до оточуючих. Дослідження підтверджують стійкий зв'язок між досвідом булінгу й суїцидальними думками, причому цей зв'язок є значущим як для жертв, так і для спостерігачів. Водночас тісні дружні зв'язки та відчуття приналежності до значущої групи функціонують як потужні захисні фактори, що знижують суїцидальний ризик. Соціальне середовище однолітків може бути як джерелом ризику, так і ресурсом стійкості – залежно від якості й характеру відносин [7, с. 1].

Кібербулінг як специфічна форма онлайн-агресії набуває все більшого значення серед соціально-психологічних чинників суїцидальних думок у юнаків. На відміну від традиційного булінгу, кібербулінг не обмежений школою чи конкретним місцем: він супроводжує жертву в усіх просторах її існування, включаючи домівку, яка традиційно вважається безпечним середовищем. Анонімність і широка аудиторія кібербулінгу посилюють відчуття сорому й безпорадності, що є специфічними ризиковими чинниками для виникнення суїцидальних думок. Дослідники виявили, що жертви кібербулінгу мають значно вищі показники суїцидальних думок порівняно з тими, хто стикався лише з традиційним булінгом, що пов'язується з невинністю переслідування й неможливістю «втекти» від нього. Особливої уваги потребує поширення принизливого контенту: публічне приниження в мережі має довготривалий характер і може набувати значення незворотньої соціальної стигматизації. Профілактика кібербулінгу є тому невіддільною від профілактики суїцидальних думок у молодіжному середовищі [26, с. 30].

Вплив соціальних мереж на психологічний стан юнаків є багатовимірним явищем, що включає як ризикові, так і захисні компоненти. Постійне порівняння себе з ретельно відредагованими образами однолітків у соціальних мережах формує нереалістичні стандарти й підриває самооцінку, особливо в осіб із вже наявною схильністю до негативного самосприйняття.

Алгоритмізація контенту, що підлаштовується під інтереси користувача, може призводити до «пасток суму»: коли молода людина споживає депресивний або суїцидальний контент, алгоритм пропонує дедалі більше схожого матеріалу, поглиблюючи негативний стан. Дослідження свідчать, що тривале пасивне споживання контенту соціальних мереж пов'язане з вищими показниками тривоги, депресії й суїцидальних думок, тоді як активне, цілеспрямоване використання може мати нейтральний або позитивний ефект. Вплив соціальних мереж на суїцидальний ризик не є прямим: він опосередковується індивідуальними особливостями особистості, наявністю підтримки в офлайн-просторі й медіаграмотністю користувача. Формування критичного мислення щодо онлайн-середовища є тому важливим напрямом психопрофілактичної роботи [10, с. 50].

Самотність як психологічний стан, що не збігається обов'язково з об'єктивною соціальною ізоляцією, є одним із найбільш значущих предикторів суїцидальних думок у юнацькому віці. Молода людина може переживати суб'єктивну самотність, перебуваючи в оточенні людей, якщо ці відносини є поверховими й не задовольняють потребу в глибокому розумінні й прийнятті. Екзистенційний вимір самотності у юнацькому віці набуває особливої гостроти: пошук ідентичності нерідко супроводжується переживанням власної унікальності як несумісної зі справжньою близькістю з іншими. Дослідження фіксують, що суб'єктивна самотність є незалежним предиктором суїцидальних думок навіть після статистичного контролю депресії та інших психологічних змінних. Це означає, що самотність не є просто симптомом депресивного розладу, а має самостійний вплив на суїцидальність. Психологічна робота з юнаками, орієнтована на якість їхніх соціальних зв'язків, може бути ефективним інструментом зниження суїцидального ризику [50, с. 280].

Академічний стрес і пов'язані з ним переживання невідповідності очікуванням є специфічним соціально-психологічним чинником суїцидальних думок у студентській молоді. Вступ до закладу вищої освіти нерідко

супроводжується зіткненням між завищеними очікуваннями щодо власної успішності й реальними труднощами навчального процесу. Перфекціонізм, що часто є рисою студентів із суїцидальним ризиком, перетворює будь-яку академічну невдачу на свідчення особистісної неспроможності. Дослідження показують, що страх розчарувати батьків і не виправдати їхніх очікувань є одним із ключових тригерів суїцидальних думок серед студентської молоді. Поряд із академічним тиском, матеріальні труднощі й проблеми з адаптацією до нового соціального середовища посилюють психологічне навантаження на юнаків. Комплексний характер стресорів студентського життя обумовлює необхідність системної психологічної підтримки в закладах вищої освіти [38, с. 860].

Психологічний стан дітей та молоді в умовах тривалого збройного конфлікту характеризується накопиченням травматичного досвіду, що суттєво підвищує ризик суїцидальних думок. Постійна загроза обстрілів, вимушена зміна місця проживання, переривання освітнього процесу й розлука з близькими формують стан хронічного стресу, який поступово виснажує психологічні ресурси особистості. Особливо деструктивним є поєднання травматичного досвіду з переживанням неможливості повернення до попереднього нормального стану – відчуттям, що «все скінчилося» або «нічого більше не буде по-старому». Це переживання неповоротності втрат є потужним когнітивним тригером суїцидальних думок, оскільки руйнує здатність до надії на майбутнє. Вітчизняні дослідники фіксують значне підвищення тривожності й депресивних станів серед молоді з прифронтових регіонів і тимчасово окупованих територій, що потребує цілеспрямованих психологічних інтервенцій. Масштаби психологічних наслідків збройного конфлікту для молодого покоління України визначають їхнє вивчення як наукову й соціальну пріоритетність [61, с. 28].

Порушення ідентичності й нестабільна самооцінка є центральними психологічними характеристиками, що опосередковують вплив соціальних стресорів на суїцидальні думки в юнацькому віці. Нечітке або негативне Я-

образ позбавляє молоду людину стабільного внутрішнього орієнтиру, що робить її надмірно залежною від зовнішніх підтверджень і особливо вразливою до відкидання. Дослідження свідчать, що юнаки з низькою самооцінкою й дифузною ідентичністю є групою підвищеного суїцидального ризику, оскільки будь-яка невдача сприймається ними як підтвердження власної нікчемності. Соціальне порівняння, що є нормативним для юнацького віку, набуває деструктивного характеру за умови початково негативного самоствавлення, оскільки фокусується виключно на власних недоліках і чужих перевагах. Формування стабільної, позитивної ідентичності є, таким чином, не лише завданням нормативного розвитку, але й елементом психологічного захисту від суїцидальних переживань. Робота з ідентичністю й самооцінкою юнаків має бути невід'ємною частиною превентивних психологічних програм [44, с. 98].

Вплив алкоголю й психоактивних речовин є окремим і значущим чинником суїцидального ризику в юнацькому середовищі. Вживання психоактивних речовин знижує поведінкове гальмування, порушує когнітивну здатність оцінювати наслідки власних дій і посилює переживання депресії й тривоги, що в сукупності суттєво підвищує ймовірність переходу від суїцидальних думок до суїцидальних дій. Дослідження свідчать, що значна частина суїцидальних спроб у юнацькому віці здійснюється в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Окрім того, вживання психоактивних речовин нерідко є саме по собі симптомом психологічного дистресу – спробою самолікування тривоги, депресії або травматичних переживань. Ця самолікувальна функція пояснює поширеність одночасного вживання речовин і суїцидальних думок у молодіжній популяції. Інтеграція роботи зі зловживанням психоактивними речовинами в програми суїцидальної профілактики є, таким чином, клінічно й теоретично обґрунтованою [46, с. 22].

Переживання втрати – смерті близької людини, розриву романтичних стосунків або руйнування значущих соціальних зв'язків – є потужним тригером суїцидальних думок у юнацькому віці. Молоді люди, що ще не напрацювали широкого досвіду переживання втрат і відновлення після них, можуть

сприймати кожну значущу втрату як катастрофічну й незворотню. Особливо деструктивним є розрив перших серйозних романтичних стосунків, що в юнацькому віці часто переживається з інтенсивністю, непропорційною до тривалості цих стосунків. Дослідники пов'язують цю реакцію з тим, що перші романтичні стосунки несуть на собі навантаження підтвердження власної привабливості й здатності до любові. Суїцидальні думки після втрати можуть виконувати функцію символічного возз'єднання з втраченим об'єктом або відновлення відчуття контролю через самознищення. Глибоке розуміння психологічних механізмів реакції на втрату в юнацькому віці є необхідним для розробки диференційованих профілактичних стратегій [20, с. 1].

Соціоекономічна нерівність і матеріальна депривація є системними соціальними чинниками, що опосередковано впливають на суїцидальні думки в юнацькому середовищі. Бідність обмежує доступ до якісної освіти, медичних послуг і психологічної підтримки, що підвищує вразливість до психологічних розладів і суїцидального ризику. Переживання власної «непрестижності» й соціальної маргінальності особливо болісне в юнацькому віці, коли соціальний статус є важливим компонентом ідентичності. Дослідження засвідчують, що економічна нестабільність у сім'ї є незалежним предиктором суїцидальних думок серед молоді навіть після контролю психологічних змінних. Це означає, що соціально-економічні умови мають прямий вплив на психологічне благополуччя, не опосередкований лише через психопатологічні механізми. Ефективна профілактика суїцидальних думок потребує тому врахування не лише індивідуально-психологічних, але й соціально-структурних детермінант [2, с. 155].

Нормативні вікові кризи й пов'язані з ними переживання є невіддільним контекстом, у якому розгортається суїцидальна вразливість юнацького віку. Криза ідентичності, пов'язана з пошуком відповіді на питання «Хто я?» і «Ким я хочу бути?», може набувати форми екзистенційного тупику, де суїцидальні думки виникають як крайній вираз дезорієнтації. Кризи відносин, ціннісні кризи й кризи смислу, що нормативно властиві цьому віковому етапу, можуть

накопичуватися й взаємопосилюватися, перевищуючи адаптаційні можливості особистості. Дослідники підкреслюють, що сама по собі наявність кризи не є патологічною – патологічним може бути спосіб, у який молода людина з нею поряється. Недостатність конструктивних копінг-стратегій і відсутність підтримуючого соціального середовища перетворюють нормативну кризу на джерело суїцидального ризику. Тому підтримка юнаків у проходженні нормативних криз розвитку є однією з форм суїцидальної профілактики [8, с. 3].

Переживання стигматизації, пов'язаної з психічними розладами або суїцидальними думками, є специфічним чинником, що заважає молодим людям звертатися за допомогою. Страх бути визнаним «ненормальним», «слабким» або «психованим» змушує юнаків приховувати суїцидальні переживання від оточуючих, що суттєво підвищує ризик ескалації кризи. Стигма є особливо потужним бар'єром у середовищах із традиційно маскулініними нормами, де звернення за допомогою сприймається як ознака слабкості. Дослідження засвідчують, що значна частина молодих людей, які здійснили суїцидальні спроби, не зверталася за допомогою попри наявність суїцидальних думок. Дестигматизація психологічних проблем і відкрите обговорення суїцидальних переживань у безпечному середовищі є необхідною умовою ефективної профілактики. Зміна культурних норм навколо звернення за психологічною допомогою є тому не менш важливим профілактичним завданням, ніж розробка конкретних терапевтичних програм [18, с. 1].

1.3. Сучасні підходи до профілактики суїцидальних думок у юнацькому віці

Профілактика суїцидальних думок у юнацькому віці є складною міждисциплінарною проблемою, що потребує системного підходу, який охоплює різні рівні – від індивідуально-психологічного до соціально-структурного. За рівневим підходом до профілактики, вирізняють: первинну

профілактику, спрямовану на широку популяцію, що має за мету знизити загальний рівень суїцидального ризику; вторинну – орієнтовану на осіб із вже ідентифікованими чинниками ризику; третинну – спрямовану на тих, хто пережив суїцидальну спробу. Кожен із цих рівнів потребує специфічних методів і форм роботи, хоча межі між ними в практиці нерідко розмиті. Системність профілактики означає також охоплення різних середовищ, у яких перебуває молода людина: сім'ї, школи, університету, громади й онлайн-простору. Відсутність координації між різними рівнями і середовищами є однією з головних перешкод для ефективної профілактики суїцидальних думок. Успіх профілактичних зусиль залежить від здатності різних систем – освітньої, медичної, соціальної й психологічної – діяти узгоджено й взаємодоповнювально [33, с. 3].

Шкільні й університетські програми психологічної освіти є одним із найбільш поширених інструментів первинної профілактики суїцидальних думок серед молоді. Такі програми орієнтовані на формування у молодих людей навичок розпізнавання власних емоційних станів, звернення за допомогою й надання підтримки однолітку в кризовій ситуації. Дослідження ефективності програм психологічної освіти засвідчують, що вони здатні знижувати стигму навколо психічних розладів і підвищувати готовність молоді звертатися до фахівців. Водночас дослідники застерігають від неправильно організованих програм, що включають детальне обговорення методів суїциду й можуть мати зворотній ефект через механізм наслідування. Безпечне й ефективне проведення психоосвітніх заходів вимагає від фахівців відповідної підготовки й дотримання науково обґрунтованих протоколів. Залучення самих молодих людей до розробки й проведення профілактичних програм підвищує їх прийнятність і результативність [49, с. 1].

Формування психологічної стійкості – резильєнтності – є концептуально й практично значущим напрямом профілактики суїцидальних думок у юнацькому середовищі. Резильєнтність визначається як здатність особистості підтримувати або відновлювати психологічне функціонування в умовах

значного стресу й несприятливих обставин. Програми розвитку резильєнтності орієнтовані на зміцнення захисних чинників, що протистоять суїцидальному ризику: позитивного самоставлення, навичок вирішення проблем, здатності до емоційної регуляції й формування підтримуючих соціальних зв'язків. Дослідники наголошують, що резильєнтність не є вродженою рисою, а результатом розвитку, що піддається цілеспрямованому формуванню через відповідні програми. Підходи до розвитку резильєнтності у студентів включають групові тренінги, індивідуальне коучингове консультування й модифікацію освітнього середовища для підвищення відчуття приналежності й психологічної безпеки. Орієнтація на зміцнення ресурсів, а не лише усунення дефіцитів, є принциповою рисою сучасних профілактичних стратегій [15, с. 142].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найбільш дослідженим психотерапевтичним підходом до роботи з суїцидальними думками, з доведеною ефективністю у різних вікових групах, включаючи юнаків. КПТ, орієнтована на суїцидальність, зосереджується на розпізнаванні й реструктуризації специфічних когнітивних схем, пов'язаних із безнадійністю, тунельним мисленням і переконанням у власній нікчемності. Технічний арсенал КПТ включає ведення думкових щоденників, поведінкову активацію, планування безпеки й відпрацювання навичок вирішення проблем. Дослідження засвідчують, що КПТ ефективно знижує інтенсивність суїцидальних думок і підвищує психологічну стійкість молодих людей. Особливо результативними є протоколи, що поєднують індивідуальну роботу з груповими сесіями, де молоді люди мають можливість навчатися один в одного через обмін досвідом. Адаптація КПТ-протоколів до специфіки юнацького віку, включаючи врахування вікових особливостей когнітивного й емоційного розвитку, є необхідною умовою їхньої ефективності [18, с. 1].

Діалектична поведінкова терапія (ДПТ), розроблена Маршею Лінехан, є ще одним науково обґрунтованим підходом до роботи з суїцидальністю, що набув широкого поширення у роботі з молодіжною аудиторією. ДПТ поєднує

елементи КПТ із технікою усвідомленості й діалектичним підходом, що визнає одночасну правомірність протилежних переживань і необхідність їхнього синтезу. Центральний принцип ДПТ – валідація переживань клієнта поряд із навчанням навичкам їх регуляції – є особливо цінним для роботи з юнаками, які часто потребують насамперед відчуття прийнятності. Дослідження підтверджують, що ДПТ ефективна для зниження суїцидальних думок і самоушкоджувальної поведінки, особливо в осіб із прикордонними розладами особистості. Адаптована версія ДПТ для підлітків і юнаків включає сімейний компонент, що дозволяє залучити батьків до терапевтичного процесу й змінити дисфункціональні сімейні паттерни. Широке впровадження ДПТ у систему психологічної допомоги молоді в Україні є перспективним напрямом розвитку превентивної психологічної практики [51, с. 7].

Кризове консультування й планування безпеки є невід'ємними компонентами роботи з юнаками, у яких виявлені суїцидальні думки. Планування безпеки – структурований процес, що включає ідентифікацію попереджувальних сигналів суїцидальної кризи, визначення внутрішніх копінг-стратегій, ресурсних людей і служб підтримки, а також способів обмеження доступу до засобів суїциду. Дослідження засвідчують, що наявність чіткого плану безпеки знижує ймовірність переходу від суїцидальних думок до суїцидальних дій у кризовій ситуації. Ефективність плану безпеки зростає, коли він є результатом спільної творчої роботи клієнта і психолога, а не директивно нав'язаним переліком інструкцій. Регулярний перегляд і оновлення плану безпеки є необхідними, оскільки обставини й доступні ресурси змінюються з часом. Навчання фахівців освітньої й соціальної сфери базовим навичкам кризового консультування розширює охоплення превентивними заходами й скорочує час реагування на кризову ситуацію [65, с. 48].

Роль шкільних та університетських психологів у профілактиці суїцидальних думок є ключовою, оскільки вони мають доступ до молодіжної аудиторії у природному для неї середовищі. Шкільний психолог є першою лінією виявлення й реагування на суїцидальний ризик серед учнів і студентів,

що обумовлює вимоги до його компетентності у сфері суїцидальної превенції. Ефективна профілактична робота шкільного психолога включає не лише індивідуальне консультування, але й системну роботу з педагогічним колективом, батьками й учнівською спільнотою. В умовах воєнного стану в Україні навантаження на шкільних психологів суттєво зросло, що потребує відповідного кадрового й методичного забезпечення. Дослідники наголошують, що ефективність роботи шкільного психолога залежить від ступеня його інтеграції у шкільну систему й рівня довіри з боку учнів і вчителів. Систематична підготовка й підвищення кваліфікації фахівців психологічної служби у сфері суїцидальної превенції є необхідною умовою для якісного виконання профілактичних функцій [49, с. 1].

Тренінгові програми для юнаків, орієнтовані на розвиток навичок емоційної регуляції, вирішення проблем і побудови підтримуючих стосунків, є ефективним інструментом профілактики суїцидальних думок. Групова форма роботи є особливо доречною для юнацького контингенту, оскільки відповідає нормативній потребі в приналежності до групи й дає можливість нормалізувати переживання через відкриття того, що інші мають схожий досвід. Тренінгові програми, що поєднують психоедукативний, навчальний і терапевтичний компоненти, мають більшу результативність порівняно з суто інформаційними заходами. Дослідження засвідчують, що ефекти добре розроблених тренінгових програм зберігаються протягом кількох місяців після їхнього завершення, тобто дозволяють сформувати стійкі навички. Залучення молодих лідерів як ко-фасилітаторів тренінгів підвищує рівень довіри учасників і посилює профілактичний ефект через механізм рівноправного навчання. Методична й науково-методологічна якість тренінгових програм є принциповою: неякісно розроблені програми можуть не лише бути неефективними, але й завдавати шкоди [18, с. 1].

Логотерапевтичні та екзистенційні підходи до профілактики суїцидальних думок у юнаків спрямовані на підтримку смислотворення й побудову позитивного образу майбутнього. Ці підходи виходять із розуміння,

що суїцидальні думки нерідко є відображенням кризи смислу, а не лише психіатричної симптоматики, тому терапевтична робота повинна орієнтуватися на відновлення відчуття осмисленості існування. Техніки логотерапії уміщують роботу з майбутнім через проектування власного розвитку, переосмислення досвіду страждання через пошук у ньому значення й зміцнення відчуття відповідальності за власне життя. Особливо дієвими ці підходи є для молодих людей, що переживають екзистенційні кризи на тлі воєнних подій, коли традиційні смислові орієнтири зруйновано. Дослідники відзначають, що орієнтація на сенс і цінності є ефективним способом активізації психологічних ресурсів навіть у вкрай важких умовах. Логотерапевтичний підхід до профілактики може інтегруватися з іншими методами, доповнюючи симптоматично орієнтовані технології роботою з глибинними екзистенційними аспектами суїцидальних переживань [37, с. 1].

Медіаграмотність як компонент профілактики суїцидальних думок набула особливого значення в умовах цифровізації соціального простору молоді. Програми медіаграмотності орієнтовані на формування в юнаків критичного ставлення до інформаційного середовища, включаючи здатність розпізнавати маніпулятивний і деструктивний контент. Особливу увагу приділяють навичкам безпечної поведінки в мережі стосовно суїцидального контенту: здатності розпізнавати небезпечний матеріал, уникати його й звертатися за допомогою за потреби. Дослідники наголошують, що медіаграмотність не є захистом від усіх форм онлайн-ризиків, однак вона суттєво знижує вразливість молодих людей до маніпулятивного впливу деструктивних інтернет-спільнот. Поширення відповідального висвітлення теми суїциду в медіа згідно з рекомендаціями ВООЗ є важливим компонентом первинної профілактики на рівні інформаційного середовища. Формування культури відповідального медіаспоживання потребує системних зусиль на рівні сім'ї, школи й державної медіаполітики [39, с. 25].

Залучення сім'ї до профілактичних програм є необхідною умовою їхньої ефективності, оскільки сімейне середовище відіграє ключову роль у

формуванні суїцидальної вразливості або стійкості юнаків. Сімейно-орієнтовані профілактичні втручання включають психоедукацію батьків щодо розпізнавання попереджувальних ознак суїцидального ризику, формування навичок підтримуючої комунікації й розвиток здатності обговорювати важкі емоційні теми з дітьми. Дослідження засвідчують, що сім'ї, де прийнято відкрито говорити про труднощі й проблеми, є значно більш захисними щодо суїцидального ризику, ніж сім'ї з культурою замовчування. Залучення батьків до тренінгових програм для юнаків або паралельних батьківських груп підсилює ефект терапевтичних втручань і забезпечує підтримувальне середовище для закріплення здобутих навичок. Психологи, що працюють із суїцидальними думками у юнаків, мають оцінювати не лише стан молодої людини, але й якість її сімейного середовища як потенційного ресурсу або ризику. Сімейний підхід до профілактики потребує врахування конфіденційності й автономії юнаків, що є принциповим для збереження терапевтичного альянсу [4, с. 67].

Цифрові технології й онлайн-ресурси психологічної підтримки є новим і перспективним напрямом профілактики суїцидальних думок, що особливо актуальний у контексті пандемії COVID-19 і воєнного стану. Додатки й веб-платформи, орієнтовані на психологічне здоров'я, можуть забезпечити доступ до профілактичних ресурсів для молодих людей, які не готові звертатися до фахівця особисто або не мають такої можливості. Онлайн-консультування й кризові чат-лінії знижують поріг доступу до психологічної допомоги, що є критичним для молоді, яка переживає стигму навколо звернення по підтримку. Водночас цифрові профілактичні інструменти потребують ретельного дослідження їхньої ефективності й безпеки, оскільки неякісно розроблений онлайн-контент може завдавати шкоди. Дослідники вирізняють необхідність поєднання цифрових інструментів із живим людським контактом, оскільки технології не здатні замінити терапевтичну функцію людської присутності й розуміння. Розробка й впровадження науково обґрунтованих цифрових

ресурсів психологічної профілактики є перспективним завданням для вітчизняної психологічної науки й практики [5, с. 1].

Підготовка воротарів – gatekeepers – є доведено ефективним підходом до профілактики суїцидальних думок, що полягає у навчанні широкого кола людей, які регулярно контактують із молоддю, базовим навичкам виявлення й реагування на суїцидальний ризик. Воротарями можуть бути вчителі, тренери, батьки, студентські наставники, волонтери й будь-які інші дорослі, що мають довірливий контакт із молодими людьми. Навчання воротарів включає ознайомлення з попереджувальними ознаками суїцидального ризику, техніками відкритої розмови про суїцидальні думки й способами направлення до фахівця. Дослідження підтверджують, що підготовка воротарів підвищує їхню впевненість і компетентність у реагуванні на суїцидальні кризи і збільшує кількість звернень за психологічною допомогою серед молоді. Програми підготовки воротарів є особливо ефективними в умовах обмеженості фахових психологічних ресурсів, оскільки суттєво розширюють охоплення профілактичними заходами. Системне впровадження програм підготовки воротарів у закладах освіти України є практично здійсненим і науково обґрунтованим кроком для зниження суїцидального ризику серед молоді [65, с. 55].

Постсуїцидальний супровід і профілактика повторних суїцидальних епізодів є невід'ємним компонентом комплексної системи превенції. Молоді люди, які пережили суїцидальну спробу, є групою найвищого ризику повторних спроб, що обумовлює необхідність інтенсивного й тривалого психологічного супроводу після кризи. Постсуїцидальне втручання включає забезпечення безперервності психологічної допомоги, формування плану безпеки, роботу з сімейним оточенням і підтримку реінтеграції в соціальне й освітнє середовище. Дослідники підкреслюють, що перехід від стаціонарного до амбулаторного лікування є критично вразливим моментом, коли ризик повторної суїцидальної спроби є найвищим і потребує особливо ретельного супроводу. Психологічна реабілітація після суїцидальної кризи не обмежується усуненням гострих

симптомів, а включає системну роботу з особистісними ресурсами і чинниками ризику. Розвиток системи постсуїцидальної підтримки в Україні, що враховує специфіку воєнного контексту, є нагальним практичним завданням для психологічної служби й системи охорони психічного здоров'я [6, с. 9].

Висновки до розділу I

Теоретичний аналіз даних наукових джерел із проблеми дослідження дозволяє зробити низку висновків.

1. Суїцидальні думки являють собою когнітивні переживання, пов'язані з уявленнями про власну смерть як можливий вихід із суб'єктивно нестерпної ситуації; вони охоплюють континуум від пасивного бажання не жити до активних ідей із конкретним планом та наміром. За ступенем вираженості виокремлюють пасивні суїцидальні думки (без наміру діяти), неспецифічні активні ідеї (без методу й плану), ідеї з певним методом, ідеї з наміром та ідеї з чітким планом і наміром. Концептуальне вивчення суїцидальних думок здійснюється у межах психоаналітичного (З. Фрейд, К. Меннінгер), когнітивного (А. Бек), міжособистісного (Т. Джойнер), логотерапевтичного (В. Франкл), феноменологічного (Е. Шнейдман) та інтегративного підходів, кожен із яких розкриває окремий рівень детермінації цього феномену.

2. Суїцидальні думки виникають унаслідок взаємодії біологічної вразливості, когнітивних дисфункцій та несприятливих соціально-психологічних обставин. У юнацькому віці їх можуть провокувати такі соціально-психологічні чинники: дисфункційні сімейні стосунки (емоційна холодність, конфліктність, авторитаризм), суб'єктивна самотність, досвід булінгу та кібербулінгу, надмірний академічний стрес, деструктивне використання соціальних мереж, переживання значущих втрат, травматичний досвід, пов'язаний зі збройним конфліктом та вимушеним переміщенням,

нестабільна самооцінка і дифузна ідентичність, а також стигматизація психічних проблем, що перешкоджає зверненню за допомогою.

3. Профілактика суїцидальних думок являє собою комплекс заходів, спрямованих на зниження ризику виникнення, посилення та реалізації суїцидальних переживань через формування захисних ресурсів особистості й середовища. Вона може здійснюватись через психоосвітні програми для молоді, тренінги розвитку психологічної стійкості та емоційної регуляції, когнітивно-поведінкові та діалектично-поведінкові втручання, логотерапевтичну роботу зі смисловими структурами, кризове консультування та планування безпеки, підготовку «воротарів» серед педагогів та батьків, сімейно-орієнтовані програми, формування медіаграмотності та впровадження цифрових ресурсів психологічної підтримки.

Для з'ясування соціально-психологічних чинників суїцидальних думок в юнацькому віці нами було проведене емпіричне дослідження, зміст і результати якого описані в другому розділі роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДУМОК У ЮНАКІВ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було організоване з метою вивчення соціально-психологічних чинників виникнення суїцидальних думок у юнацькому віці та встановлення характеру їхніх взаємозв'язків. Дослідження проводилося протягом 2025–2026 навчального року на базі двох закладів вищої освіти: Фаховий коледж «Універсум» Київського столичного університету імені Бориса Грінченка (м. Київ) та Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (м. Київ). Загальна вибірка склала 120 осіб юнацького віку – від 17 до 22 років, що навчаються на першому–третьому курсах. Формування вибірки здійснювалося методом суцільного відбору в межах визначених навчальних груп за умови добровільної участі та поінформованої згоди. Участь у дослідженні була анонімною, що мало забезпечити відвертість відповідей і знизити вплив соціальної бажаності. Перед початком збору даних кожному учаснику надавалася повна інформація про цілі дослідження, добровільність участі, право відмовитися без пояснення причин та механізм отримання психологічної допомоги за потреби.

Вікова та гендерна структура вибірки була визначена заздалегідь як одна з ключових демографічних змінних дослідження (див. табл. 2.1). Серед 120 учасників 68 осіб (56,7%) ідентифікували себе з жіночою статтю, 52 особи (43,3%) – із чоловічою. Віковий склад вибірки такий: 17–18 років – 34 особи (28,3%), 19–20 років – 51 особа (42,5%), 21–22 роки – 35 осіб (29,2%). Такий розподіл відповідає нормативному для студентських вибірок і дозволяє порівнювати дані в різних вікових підгрупах. Більшість учасників (74,2%) проживають у гуртожитку або орендованому житлі, що свідчить про відносну відокремленість від сімейного середовища. Решта (25,8%) проживають із

батьками або іншими родичами, що є важливим контекстним чинником для інтерпретації результатів.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика вибірки дослідження

<i>Характеристика</i>	<i>Категорія</i>	<i>Кількість осіб (n)</i>	<i>Відсоток (%)</i>
Стать	Жінки	68	56,7
	Чоловіки	52	43,3
Вік	17–18 років	34	28,3
	19–20 років	51	42,5
	21–22 роки	35	29,2
Місце проживання	Гуртожиток/оренда	89	74,2
	З батьками/родичами	31	25,8
Курс навчання	1 курс	38	31,7
	2 курс	46	38,3
	3 курс	36	30,0
Досвід вимушеного переміщення	Так	47	39,2
	Ні	73	60,8

Збір даних здійснювався у два етапи. На першому етапі проводилося групове анкетування з використанням обох діагностичних методик у друкованому форматі у визначений час під час навчального процесу за попередньою домовленістю з адміністрацією. На другому етапі з учасниками, у яких були виявлені помірний або високий рівень суїцидальних ідей за результатами C-SSRS, проводилося індивідуальне уточнювальне інтерв'ю у форматі структурованої бесіди для верифікації результатів і визначення актуального психологічного стану. Загальна тривалість одного сеансу групового анкетування становила від 25 до 40 хвилин залежно від темпу заповнення конкретної групи. Дослідник був присутній під час усіх сесій збору даних для відповіді на запитання учасників та надання першої психологічної підтримки за потреби.

Основним методом дослідження суїцидальних думок була Шкала суїцидальних ідей Бека (Beck Scale for Suicide Ideation, BSS). Методика складається з 21 пункту, де перші 19 є основними й охоплюють повний спектр

суїцидальних переживань – від пасивного бажання смерті до конкретних планів і підготовчих дій. Кожен пункт оцінюється за тричленною шкалою від 0 до 2, де вищий бал відповідає більшій тяжкості відповідного прояву. Перші п'ять пунктів є скринінговими: у разі нульових відповідей на пункти 4 і 5 подальше заповнення методики не проводилося. Загальний бал підраховується як сума балів за першими 19 пунктами й може варіювати від 0 до 38. Пункти 20 і 21 фіксують минулий досвід суїцидальних спроб та аналізуються окремо як додатковий показник суїцидального анамнезу. Бланк методики BSS із інструкцією для досліджуваних та повним переліком запитань наведено у додатку В.

Друга методика дослідження – Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). У дослідженні застосовувалася версія для самозвіту, адаптована для загальнопопуляційних вибірок. C-SSRS охоплює два основні блоки: суїцидальна ідеяція (п'ять типів у порядку наростання серйозності від пасивних думок про смерть до активних ідей із конкретним планом) і суїцидальна поведінка (реальні спроби, перервані спроби, підготовчі дії). Відповіді фіксуються у форматі «так/ні», що робить методику простою в заповненні й мінімально навантажувальною для учасників. На основі відповідей кожен учасник відносився до однієї з трьох категорій ризику: низький, помірний або високий. Паралельне застосування двох методик дозволило провести перехресну верифікацію результатів і підвищити надійність класифікації рівня суїцидального ризику. Бланк C-SSRS у версії для самозвіту наведено у додатку Г.

Для вимірювання соціально-психологічних чинників суїцидальних думок було розроблено авторську анкету, що включала блоки запитань за такими напрямками: характер стосунків із батьками (рівень емоційної підтримки, конфліктність, відкритість комунікації); переживання самотності та соціальної відчуженості; досвід булінгу та кібербулінгу; характеристики використання соціальних мереж (тривалість, тип контенту, суб'єктивне відчуття після використання); академічний стрес та переживання пов'язаного тиску; досвід

значущих втрат і психотравматичних подій, пов'язаних із воєнними обставинами. Кожен блок включав від 5 до 8 запитань, що оцінювалися за п'ятибальною шкалою Лікєрта. Анкета пройшла попередню апробацію на пілотній вибірці з 15 осіб для перевірки зрозумілості формулювань і внутрішньої узгодженості. Повний бланк авторської анкети з інструкцією для досліджуваних подано у додатку Г.

Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою програмного забезпечення SPSS Statidtics 26.0: обчислювались середні значення (M), стандартні відхилення (SD), мінімальні та максимальні значення для кількісних змінних. Для визначення характеру розподілу застосовувався критерій Колмогорова-Смірнова. Оскільки більшість змінних не відповідала критерію нормального розподілу, для аналізу взаємозв'язків між показниками використовувався непараметричний кореляційний аналіз за Спірменом. Для порівняння груп за рівнем суїцидальних ідей застосовувався критерій Манна-Уїтні (для двох незалежних груп) і критерій Краскала-Уолліса (для трьох і більше груп). Рівень статистичної значущості встановлювався на рівні $p \leq 0,05$, що є стандартним для психологічних досліджень.

Детальна характеристика методів збору емпіричних даних та їх обробки подана в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Характеристика методів збору емпіричних даних та їх обробки

<i>Метод</i>	<i>Назва</i>	<i>Показники</i>	<i>Шкала вимірювання</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Стандартизована методика	Шкала суїцидальних ідей Бека (BSS)	Загальний бал суїцидальних ідей (0–38); бал активних ідей; бал пасивних ідей; суїцидальний анамнез	Кількісна (0–38)
Стандартизована методика	Колумбійська шкала суїцидальності (C-SSRS)	Тип суїцидальної ідеації (1–5); наявність суїцидальної поведінки; рівень ризику (низький/помірний/високий)	Номінальна, порядкова
Авторська анкета	Анкета соціально-	Якість сімейних стосунків; суб'єктивна самотність;	Порядкова (1–5)

Продовження табл. 2.2

1	2	3	4
	психологіч- них чинників	досвід булінгу/кібербулінгу; характеристики використання соцмереж; академічний стрес; травматичний досвід	
Математична статистика	SPSS Statistics 26.0	Описова статистика; кореляція Спірмена; критерії Манна–Уїтні, Краскела– Уолліса	—

Процедура дослідження передбачала дотримання низки етичних принципів, що є обов'язковими в роботі із вразливими темами. Перед початком анкетування кожен учасник надавав письмову інформовану згоду, у якій було зазначена мета дослідження, анонімність даних і право відмовитися від участі або перервати її в будь-який момент. Наприкінці кожної сесії учасникам надавалася інформація про доступні ресурси психологічної підтримки, включаючи контакти психологічної служби закладу і телефонів довіри. Учасники, які демонстрували ознаки гострого суїцидального ризику за результатами скринінгу, негайно отримували індивідуальну консультацію дослідника й направлення до фахівця психологічної служби. Усі дані зберігалися у знеособленому вигляді, а доступ до них мав лише дослідник. Процедура дослідження узгоджувалася з положеннями Гельсінської декларації та етичними стандартами Американської психологічної асоціації.

Для оцінки надійності інструментів і якості зібраних даних проводилася перевірка внутрішньої узгодженості всіх шкал методом альфа Кронбаха. BSS продемонстрував коефіцієнт $\alpha = 0,89$, що свідчить про високу внутрішню узгодженість. Авторська анкета в цілому показала $\alpha = 0,81$, при цьому окремі субшкали демонстрували показники від 0,72 (субшкала академічного стресу) до 0,86 (субшкала сімейних стосунків). Показники узгодженості C-SSRS для субшкали ідеяції склали $\alpha = 0,78$, що відповідає прийнятному рівню для цього типу методики. Перед основним аналізом здійснювалася перевірка даних на

наявність пропущених значень: анкети з більш, ніж 10% пропущених відповідей виключалися з аналізу. Зі 120 первинно зібраних протоколів до аналізу були включені 117, оскільки три анкети мали значну кількість пропущених відповідей у ключових блоках. Надалі в тексті вся статистика наводиться для вибірки $n = 117$. Фрагмент зведеної таблиці первинних даних дослідження наведено у додатку Д.

Процедура первинної обробки даних включала декілька послідовних кроків. Спочатку всі паперові протоколи кодувалися й вводилися у базу даних двічі незалежними операторами для мінімізації помилок введення. Після введення проводилася логічна перевірка даних: виявлялися нереалістичні значення, суперечливі відповіді та патерни механічного заповнення (наприклад, всі відповіді з однаковим балом незалежно від змісту запитання). Виявлені сумнівні протоколи ($n = 4$) оброблялися окремо й після консультації з науковим керівником або виключалися, або залишалися в масиві залежно від характеру виявлених проблем. Скринінгова структура BSS (пропуск пунктів 6–19 при нульових значеннях пунктів 4 і 5) враховувалася шляхом кодування пропущених значень як 0 для відповідних пунктів. Цей підхід відповідає стандартним рекомендаціям з обробки даних BSS і не спотворює загальний бал.

Дослідження суїцидальних думок у студентському середовищі в умовах воєнного стану в Україні пов'язане з низкою специфічних методологічних викликів, що вимагали особливої уваги. По-перше, хронічний стрес, пов'язаний із воєнними обставинами, є тлом, на якому розгортаються суїцидальні переживання учасників, що унеможливорює виокремлення «чистого» ефекту окремих чинників. По-друге, значна частина учасників є внутрішньо переміщеними особами, що вносить специфічний соціально-психологічний контекст і ускладнює генералізацію результатів. По-третє, тема суїцидальних думок є соціально стигматизованою, що попри анонімність дослідження могло призводити до певного заниження показників суїцидальних ідей. Для мінімізації останнього ефекту формулювання запитань BSS у самозвітній версії є нейтральними й уникають стигматизуючих термінів. Ці обмеження

враховуються під час інтерпретації результатів й обговоренні їхньої зовнішньої валідності.

Організація дослідження передбачала координацію з адміністраціями закладів вищої освіти, на базі яких воно проводилося. Така координація виконувала кілька функцій: по-перше, вона забезпечувала можливість оперативного спрямування учасників із виявленим ризиком до компетентних фахівців; по-друге, дозволяла дослідникові отримати організаційну підтримку під час збору даних; по-третє, підвищувала довіру учасників до дослідження через його офіційний статус у закладі. Адміністрації були проінформовані про дослідження й отримали знеособлені зведені дані після його завершення для вдосконалення системи психологічної підтримки студентів. Подібна модель взаємодії між дослідниками та закладами є взаємовигідною й відповідає принципу соціальної відповідальності наукових досліджень у чутливих сферах. Результати дослідження були представлені адміністрації закладів у формі аналітичного звіту з конкретними рекомендаціями.

Дослідження проводилось протягом 2025/2026 навчального року (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Часовий план проведення емпіричного дослідження

<i>Етап</i>	<i>Зміст</i>	<i>Терміни</i>	<i>Інструменти</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Підготовчий	Формування вибірки, розробка та апробація анкети, отримання дозволів	Вересень–жовтень 2025	Авторська анкета (пілотна версія)
Збір даних (I хвиля)	Групове опитування: заповнення BSS, C-SSRS та авторської анкети	Листопад 2025	BSS, C-SSRS, авторська анкета
Первинна обробка	Введення даних, перевірка якості, кодування	Грудень 2025	SPSS 26.0
Збір даних (II хвиля)	Індивідуальні інтерв'ю з учасниками помірного/високого ризику	Січень 2026	C-SSRS (інтерв'ю-версія)
Статистичний аналіз	Описова статистика, кореляційний аналіз, порівняння груп	Лютий–березень 2026	SPSS 26.0

Продовження табл. 2.3

1	2	3	4
Інтерпретація та написання	Якісна інтерпретація, формулювання висновків	Квітень 2026	—

Загальна дизайн дослідження є одномоментним (cross-sectional), що є одним із його основних методологічних обмежень: отримані дані відображають стан вибірки в конкретний момент часу і не дозволяють встановити причинно-наслідкові зв'язки між чинниками та суїцидальними думками. Для забезпечення більш вагомих причинно-наслідкових висновків у перспективі планується проведення лонгітюдного дослідження з повторними вимірюваннями. Водночас одномоментний дизайн є практично виправданим для цілей цього дослідження, оскільки дозволяє оперативно отримати репрезентативну картину поширеності суїцидальних думок та їхніх кореляторів у студентській вибірці. Дизайн також дозволяє виявити статистично значущі асоціації між соціально-психологічними чинниками та суїцидальними думками, що є необхідним підґрунтям для подальших лонгітюдних і експериментальних досліджень. Порівняльний аналіз за гендером, віком і досвідом вимушеного переміщення додатково збагачує аналітичну цінність дослідження. Узагальнення отриманих результатів поширюється насамперед на студентів закладів вищої освіти аналогічного профілю й регіону, а генералізація на ширші популяції потребує обережності.

2.2. Аналіз результатів діагностики суїцидального ризику та пов'язаних соціально-психологічних чинників у юнацькому віці

Результати діагностики за Шкалою суїцидальних ідей Бека (BSS) виявили суттєву варіативність показників у досліджуваній вибірці. Середній загальний бал за BSS у вибірці склав $M = 8,43$ ($SD = 7,21$), при мінімальному значенні 0 і максимальному – 29. Медіанне значення ($Me = 6,0$) суттєво нижче за середнє,

що свідчить про правосторонню асиметрію розподілу: більшість учасників демонструють відносно низькі показники, тоді як меншість – значно підвищені. Такий тип розподілу є типовим для показників суїцидальної ідеації в загальнопопуляційних, а не клінічних вибірках. Показники скринінгових пунктів 4 (активне бажання здійснити суїцид) і 5 (пасивне суїцидальне бажання) засвідчили, що 41 учасник (35,0%) отримав ненульовий бал хоча б за одним із цих пунктів, що ініціювало заповнення повної версії методики. Решта 76 учасників (65,0%) отримали нульові бали за обома скринінговими пунктами, що відповідає відсутності активних або пасивних суїцидальних ідей на момент дослідження.

Розподіл учасників за рівнями суїцидальної ідеації засвідчив (див. табл. 2.4), що найбільша частка вибірки (65,0%, $n = 76$) демонструє мінімальний або відсутній рівень суїцидальних думок (бал BSS 0–4). Субклінічний рівень (бал BSS 5–13) зафіксований у 29,1% учасників ($n = 34$). Клінічно значущий рівень (бал BSS 14 і вище) виявлено у 5,9% вибірки ($n = 7$). Серед учасників із ненульовими суїцидальними ідеями ($n = 41$) домінують пасивні переживання: бажання смерті без активних планів, думки про те, що краще б не жити. Активні суїцидальні ідеї з елементами планування зафіксовано лише у 7 осіб. Суїцидальний анамнез (наявність спроб у минулому за пунктами 20–21) виявлено у 6 учасників (5,1%), що є статистично значущим показником підвищеного майбутнього ризику.

Таблиця 2.4

Розподіл учасників за рівнями суїцидальної ідеації (BSS)

<i>Рівень суїцидальної ідеації</i>	<i>Діапазон балів BSS</i>	<i>Кількість осіб (n)</i>	<i>Відсоток (%)</i>	<i>Середній бал (M)</i>	<i>SD</i>
Мінімальний /відсутній	0–4	76	65,0	1,8	1,4
Субклінічний	5–13	34	29,1	8,7	2,6
Клінічно значущий	14–38	7	5,9	19,4	4,3
Загалом по вибірці	0–38	117	100,0	8,43	7,2
					1

Результати C-SSRS дозволили здійснити більш детальну якісну класифікацію суїцидальних переживань учасників. За типологією ідеації C-SSRS найбільш поширеним виявився тип 1 – пасивне бажання смерті: його зафіксовано у 38 осіб (32,5%). Тип 2 – неспецифічні активні суїцидальні думки без методу й плану – виявлено у 19 осіб (16,2%). Тип 3 – думки про суїцид із певним методом без плану дій – зафіксовано у 9 осіб (7,7%). Тип 4 – активні думки з наміром, але без плану – у 4 осіб (3,4%). Тип 5 – думки з чітким планом і наміром – у 3 осіб (2,6%). Жодних суїцидальних ідей не зафіксовано у 44 учасників (37,6%). Загальний розподіл за рівнями ризику показав: низький ризик – 53,0% ($n = 62$), помірний ризик – 35,9% ($n = 42$), високий ризик – 11,1% ($n = 13$).

Гендерний аналіз результатів BSS виявив статистично значущі відмінності між респондентами жіночої та чоловічої статі, а також високу мінливість прояву суїцидальних ідей у вибірках. Середній бал (M) BSS у респонденток склав 9,84 (при $SD=7,63$), тоді як у чоловіків $M=6,58$ (при $SD=6,28$). Відмінність між вибірками є статистично значущою ($U=1387,5$; $p=0,012$). Частка жінок із клінічно значущим рівнем суїцидальної ідеації (бал ≥ 14) складає 7,4% ($n=5$), серед чоловіків – 3,8% ($n=2$). Водночас пасивне суїцидальне бадання (тип 1 за C-SSRS) значно частіше трапляється серед жінок (38,2%, $n=26$), ніж серед чоловіків (23,1%, $n=12$). Ці результати узгоджуються з добре задокументованою закономірністю: жінки частіше повідомляють про суїцидальні думки, тоді як чоловіки схильні рідше розкривати суїцидальні переживання навіть за умови анонімності. Гендерні відмінності необхідно враховувати при розробці диференційованих профілактичних стратегій.

Аналіз результатів авторської анкети соціально-психологічних чинників дозволив отримати детальну картину психосоціального середовища досліджуваних (див. табл. 2.5).

За субшкалою якості сімейних стосунків середній бал склав 3,21 ($SD=0,94$) за 5-бальною шкалою, де вищий бал відповідає більш підтримуючому

середовищу. Низькі показники якості сімейних стосунків (бал ≤ 2) зафіксовано у 28,2% учасників (n=33).

Таблиця 2.5

Описова статистика соціально-психологічних чинників

(авторська анкета, n = 117)

Субшкала	M	SD	Мін.	Макс.	% із підвищеним показником
Якість сімейних стосунків (зворотна)	3,2 1	0,94	1,0	5,0	28,2% (бал ≤ 2)
Суб'єктивна самотність	2,8 7	1,12	1,0	5,0	47,9% (бал ≥ 3)
Досвід булінгу/кібербулінгу	2,1 4	1,08	1,0	5,0	24,8% (бал ≥ 3)
Деструктивне використання соцмереж	2,9 3	1,03	1,0	5,0	43,6% (бал ≥ 3)
Академічний стрес	3,4 8	0,89	1,0	5,0	61,5% (бал ≥ 3)
Травматичний досвід (війна, переміщення)	2,7 6	1,19	1,0	5,0	41,0% (бал ≥ 3)

За субшкалою суб'єктивної самотності середній бал склав $M=2,87$ ($SD=1,12$), де вищий бал свідчить про більш виражене переживання самотності. Помірний і високий рівень суб'єктивної самотності (бал ≥ 3) зафіксовано у 47,9% учасників (n=56), що є досить високим показником і свідчить про широку поширеність цього переживання у студентській вибірці. Академічний стрес помірного або високого рівня (бал ≥ 3) зафіксований у 61,5% учасників (n = 72), що підтверджує його статус як одного з найбільш поширених стресорів юнацького віку.

Досвід вимушеного переміщення суттєво відрізняв учасників за рівнем суїцидальних думок. Серед 47 внутрішньо переміщених осіб середній бал BSS склав $M=11,27$ ($SD=8,14$), тоді як серед учасників без досвіду переміщення – $M = 6,62$ ($SD = 6,11$). Різниця є статистично значущою ($U=1256,0$; $p=0,003$). Також серед переміщених осіб значно вищою є частка тих, хто демонструє клінічно значущий рівень суїцидальних ідей (8,5% проти 3,6%) та ідеації типів 3–5 за C-SSRS (17,0% проти 9,6%). Ці результати відображають суттєвий психологічний

тягар, пов'язаний із вимушеним переміщенням, і свідчать про те, що дана категорія студентів потребує підвищеної уваги з боку психологічних служб. Показники субшкали травматичного досвіду закономірно корелюють із статусом переміщеної особи: середній бал переміщених учасників за цією субшкалою становить $M=3,54$ ($SD=0,97$) порівняно з $M=2,26$ ($SD=1,07$) у непереміщених. Ця закономірність є очікуваною й підтверджує конструктну валідність авторської анкети.

Аналіз показників академічного стресу засвідчив його значну поширеність у вибірці та значущий зв'язок із суїцидальними думками. Учасники з високим рівнем академічного стресу (бал ≥ 4 , $n = 38$) демонстрували суттєво вищі бали BSS ($M = 12,18$, $SD = 7,94$) порівняно з тими, хто мав помірний (бал 3, $n = 34$; $M = 8,74$, $SD = 6,52$) і низький (бал ≤ 2 , $n = 45$; $M = 4,62$, $SD = 5,23$) рівень стресу. Відмінності між трьома групами є статистично значущими за критерієм Краскела–Уолліса ($H = 18,43$; $p < 0,001$). Особливо виразним є зв'язок академічного стресу із пасивними суїцидальними переживаннями: серед тих, хто має високий академічний стрес, думки типу 1 за C-SSRS трапляються у 47,4%, тоді як серед тих, хто має низький стрес, – лише у 20,0%. Ці результати вказують на те, що академічне середовище є значущим контекстом формування суїцидального ризику, що потребує системних відповідей на рівні закладів вищої освіти.

Показники досвіду булінгу й кібербулінгу розподілилися у вибірці таким чином: жодного досвіду булінгу або кібербулінгу не зафіксовано у 47,9% учасників ($n=56$), поодинокі епізоди – у 27,3% ($n=32$), систематичний досвід – у 24,8% ($n=29$). Учасники із систематичним досвідом булінгу/кібербулінгу демонстрували значно вищі показники BSS ($M=14,38$, $SD=7,29$) порівняно з тими, хто мав поодинокі епізоди ($M=7,84$, $SD=5,94$) або не мав такого досвіду ($M=4,97$, $SD=5,02$). Відмінності між групами є статистично значущими ($H=24,17$; $p<0,001$). Важливо, що навіть поодинокий досвід булінгу суттєво підвищує середній бал суїцидальних ідей порівняно з його повною відсутністю, що свідчить про значущість навіть несистематичного досвіду переслідування

для суїцидального ризику. Кібербулінг, зокрема поширення принизливого контенту, виявився особливо сильно пов'язаним із суїцидальними думками: серед тих, хто повідомив про цей досвід, середній бал BSS склав $M=16,21$ ($SD = 6,87$).

Характеристики використання соціальних мереж демонстрували диференційований зв'язок із суїцидальними думками. Тривалість щоденного використання соціальних мереж сама по собі не показала значущого зв'язку з показниками BSS ($r = 0,14$, $p = 0,13$). Натомість суб'єктивне переживання після використання соціальних мереж виявилось значно більш значущим предиктором: учасники, що повідомляли про регулярне погіршення настрою після перегляду контенту, мали середній бал BSS $M=12,64$ ($SD = 7,18$) порівняно з $M=6,31$ ($SD=5,89$) у тих, хто такого погіршення не відчував. Регулярний перегляд депресивного або суїцидального контенту (повідомили 18,8% учасників, $n = 22$) корелював із значно вищими показниками BSS ($M=15,73$, $SD = 7,31$) і більш серйозними типами ідеації за C-SSRS. Ці результати засвідчують, що якість взаємодії з онлайн-середовищем є значно важливішим показником ризику, ніж кількісна тривалість перебування в мережі. Диференційований характер впливу соціальних мереж на суїцидальний ризик підкреслює потребу в нюансованому підході до оцінки цього чинника.

У межах досліджуваних чинників були виокремлені підгрупи респондентів

(за мірою вираженості чинника) та проведений аналіз показників суїцидальної ідеації у кожній із підгруп (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Середні показники BSS у різних групах за соціально-психологічними чинниками

Чинник	Група	<i>n</i>	<i>M</i> (BSS)	<i>SD</i>	Емпіричне значення	<i>p</i>
1	2	3	4	5	6	7
Якість сімейних стосунків	Низька (бал ≤ 2)	33	14,21	7,84	U = 1102,5	< 0,001
	Висока (бал ≥ 4)	48	4,37	4,12		

Продовження табл. 2.6

1	2	3	4	5	6	7
Суб'єктивна самотність	Висока (бал ≥ 4)	31	15,68	8,03	U = 987,0	< 0,001
	Низька (бал ≤ 2)	41	3,92	3,87		
Досвід булінгу/ кібербулінгу	Систематичний	29	14,38	7,29	H = 24,17	< 0,001
	Поодинокий	32	7,84	5,94		
	Відсутній	56	4,97	5,02		
Статус ВПО	Переміщені	47	11,27	8,14	U = 1256,0	0,003
	Непереміщені	70	6,62	6,11		
Академічний стрес	Високий (бал ≥ 4)	38	12,18	7,94	H = 18,43	< 0,001
	Помірний (бал = 3)	34	8,74	6,52		
	Низький (бал ≤ 2)	45	4,62	5,23		

Аналіз показника суб'єктивної самотності засвідчив його особливо тісний зв'язок із суїцидальними думками. Серед учасників із високим рівнем суб'єктивної самотності (бал ≥ 4 , $n = 31$) середній бал BSS склав $M = 15,68$ ($SD = 8,03$), тоді як у тих, хто має низький рівень самотності (бал ≤ 2 , $n = 41$) – $M = 3,92$ ($SD = 3,87$). Відмінності є статистично значущими ($U = 987,0$; $p < 0,001$). Важливо, що рівень суб'єктивної самотності не корелював значуще зі статусом проживання (окремо від батьків чи разом), що підтверджує: самотність є суб'єктивним психологічним переживанням, а не просто результатом об'єктивної соціальної ізоляції. Зв'язок самотності із суїцидальними думками зберігався статистично значущим навіть після контролю академічного стресу і якості сімейних стосунків, що свідчить про самостійний вклад цього чинника у формування суїцидального ризику. Ці результати підкреслюють необхідність включення роботи з переживанням самотності в профілактичні програми.

Якість сімейних стосунків виявилась одним із найбільш диференціюючих чинників у вибірці. Учасники з низькими показниками якості сімейних стосунків (бал ≤ 2 , $n = 33$) демонстрували середній бал BSS $M = 14,21$ ($SD = 7,84$), тоді як учасники з високими показниками (бал ≥ 4 , $n = 48$) – $M = 4,37$ ($SD = 4,12$); відмінність значуща ($U = 1102,5$; $p < 0,001$). Також у групі з низькою якістю сімейних стосунків значно вища частка учасників із клінічно значущим рівнем суїцидальних ідей: 15,2% ($n = 5$) проти 2,1% ($n = 1$) у групі з високою якістю стосунків. Зв'язок між якістю сімейних стосунків і суїцидальними

думками не залежав від гендеру: він однаково виражений у жінок ($r = -0,48$, $p < 0,001$) і чоловіків ($r = -0,44$, $p = 0,001$). Серед конкретних аспектів сімейного функціонування найбільш значущими предикторами суїцидальних думок виявились емоційна доступність батьків і здатність сім'ї відкрито обговорювати проблеми, а не рівень матеріального забезпечення.

2.3. Інтерпретація взаємозв'язків між соціально-психологічними чинниками та суїцидальними думками у досліджуваній вибірці

Кореляційний аналіз за Спірменом дозволив виявити статистично значущі зв'язки між показниками суїцидальних думок та усіма досліджуваними соціально-психологічними чинниками. Найбільш тісний позитивний зв'язок із загальним балом BSS продемонструвала суб'єктивна самотність ($r_s = 0,57$, $p < 0,001$) та досвід систематичного булінгу/кібербулінгу ($r_s = 0,52$, $p < 0,001$). Якість сімейних стосунків демонструє значущий негативний зв'язок ($r_s = -0,49$, $p < 0,001$): чим вища якість стосунків, тим нижчий рівень суїцидальних думок. Академічний стрес корелює з BSS на рівні $r_s = 0,43$ ($p < 0,001$), деструктивне використання соціальних мереж – $r_s = 0,38$ ($p < 0,001$), травматичний досвід – $r_s = 0,41$ ($p < 0,001$). Усі виявлені зв'язки є статистично значущими й у цілому відповідають очікуванням, що ґрунтувалися на теоретичному аналізі. Сила виявлених зв'язків варіює від помірної до сильної (див. табл. 2.7), що свідчить про реальний, а не артефактний характер знайдених закономірностей.

Таблиця 2.7

Матриця кореляцій між показниками BSS та соціально-психологічними чинниками (r_s Спірмена, $n = 117$)

Змінна	BSS (загальний бал)	Самотність	Якість стосунків	Булінг	Соц-мережі	Акад. стрес	Травма
1	2	3	4	5	6	7	8
BSS загальний бал	—	0,57***	-0,49** *	0,52***	0,38***	0,43** *	0,41***

Продовження табл. 2.7

1	2	3	4	5	6	7	8
Суб'єктивна самотність		—	-0,44** *	0,39***	0,31**	0,27**	0,34***
Якість сімейних стосунків			—	-0,28**	-0,19*	-0,24* *	-0,31* **
Досвід булінгу/кібербулінгу				—	0,41***	0,22*	0,29**
Деструктивне використання соцмереж					—	0,33** *	0,26**
Академічний стрес						—	0,38***
Травматичний досвід							—

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Характер взаємозв'язків між соціально-психологічними чинниками та суїцидальними думками не є суто лінійним: кілька чинників демонструють ефект взаємного підсилення. Зокрема, поєднання високого рівня суб'єктивної самотності і низької якості сімейних стосунків асоціюється зі значно вищим рівнем суїцидальних думок, ніж очікувалося б при простому підсумуванні їхніх ефектів. Серед учасників, у яких одночасно зафіксовано обидва несприятливі чинники ($n = 19$), середній бал BSS склав $M = 19,47$ ($SD = 6,83$), тоді як наявність лише одного з них давала значно нижчі показники. Цей ефект взаємодії свідчить про кумулятивний характер соціальної ізоляції: коли молода людина позбавлена як якісних сімейних зв'язків, так і відчуття приналежності у ширшому соціальному контексті, її суїцидальний ризик суттєво зростає. Виявлений ефект підтверджує теоретичні моделі, що описують суїцидальність як результат накопичення несприятливих чинників, а не дії єдиного тригера. Це має принципове значення для розробки профілактичних стратегій: вони мають бути спрямовані на систему чинників, а не на один ізолюваний предиктор.

Аналіз взаємозв'язку між досвідом булінгу/кібербулінгу та суїцидальними думками виявив, що сила цього зв'язку помітно модулюється рівнем соціальної підтримки. Серед учасників із досвідом систематичного булінгу, які водночас повідомляли про наявність принаймні однієї близької

підтримуючої людини, середній бал BSS склав $M = 10,83$ ($SD = 6,41$). Натомість серед тих, хто пережив систематичний булінг і не мав підтримуючих стосунків, середній бал BSS значно вищий – $M = 18,91$ ($SD = 7,12$). Ця закономірність ілюструє буферну функцію соціальної підтримки: наявність хоча б однієї довірливої людини суттєво знижує травматичний ефект булінгу на суїцидальні думки. Подібний модераторний ефект виявлено також стосовно академічного стресу: учасники з високим стресом, але підтримуваними сімейними стосунками, демонстрували значно нижчі показники BSS, ніж ті, хто поєднував стрес із дисфункційним сімейним середовищем. Ці результати вказують на соціальну підтримку як ключовий буферний механізм, що частково нейтралізує вплив несприятливих чинників на суїцидальний ризик.

Гендерний аналіз структури взаємозв'язків виявив як спільні, так і відмінні патерни в жінок і чоловіків (див. табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Порівняння середніх показників BSS за гендером, віком та статусом
переміщення

<i>Група</i>	<i>Підгрупа</i>	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>BSS</i>)	<i>SD</i>	<i>Значущість</i> <i>відмінностей</i>
Стать	Жінки	68	9,84	7,63	U = 1387,5; p = 0,012
	Чоловіки	49	6,58	6,28	
Вік	17–18 років	34	10,24	7,68	H = 3,87; p = 0,14 (н.з.)
	19–20 років	51	8,12	7,14	
	21–22 роки	32	6,74	6,03	
Статус ВПО	Переміщені	47	11,27	8,14	U = 1256,0; p = 0,003
	Непереміщені	70	6,62	6,11	
Проживання	Окремо від батьків	86	8,91	7,34	U = 1543,0; p = 0,17 (н.з.)
	З батьками	31	7,44	6,87	

Для обох гендерних груп суб'єктивна самотність і якість сімейних стосунків є найбільш тісно пов'язаними з BSS чинниками. Водночас деструктивне використання соціальних мереж демонструє значно сильніший зв'язок із суїцидальними думками у жінок ($r_s = 0,46$, $p < 0,001$), ніж у чоловіків ($r_s = 0,24$, $p = 0,042$). Академічний стрес, навпаки, є дещо більш значущим предиктором для чоловіків ($r_s = 0,49$, $p < 0,001$) порівняно з жінками ($r_s = 0,38$,

$p < 0,001$). Досвід булінгу/кібербулінгу однаково сильно корелює з суїцидальними думками в обох групах. Ці гендерні відмінності у структурі предикторів не означають, що одні чинники важливі лише для однієї статі, а свідчать про відмінності в тому, через які механізми той чи інший стресор найбільш виражено впливає на суїцидальний ризик у різних гендерних групах. Урахування цих відмінностей дозволяє більш точно адресувати профілактичні зусилля.

Вікова динаміка суїцидальних думок у вибірці засвідчує певні закономірності: учасники молодшої вікової підгрупи (17–18 років) демонструють найвищі середні показники BSS ($M=10,24$, $SD=7,68$), тоді як старша підгрупа (21–22 роки) – найнижчі ($M=6,74$, $SD=6,03$). Учасники середньої підгрупи (19–20 років) займають проміжне становище ($M=8,12$, $SD=7,14$). Відмінності між віковими підгрупами не досягають рівня статистичної значущості ($H=3,87$; $p=0,14$), однак виявлений тренд узгоджується з уявленнями про адаптацію до студентського середовища: молодші студенти переживають більш гострий стрес переходу, що поступово знижується з набуттям досвіду. Структура предикторів суїцидальних думок не демонструє суттєвих відмінностей між віковими підгрупами: самотність, якість сімейних стосунків і булінг залишаються значущими чинниками в усіх трьох групах. Ці результати обмежено дозволяють говорити про вікову специфіку, що потребує подальшого лонгітюдного вивчення.

Порівняльний аналіз результатів BSS і C-SSRS виявив змістовну узгодженість між двома методиками при певних важливих нюансах. Кореляція між загальним балом BSS і типом ідеації за C-SSRS склала $r_s = 0,71$ ($p < 0,001$), що свідчить про високу конвергентну валідність обох інструментів у цій вибірці. Проте класифікація рівня ризику за двома методиками не збігалася в 14 випадках (12,0%): у 9 учасників C-SSRS ідентифікував помірний ризик при субклінічному рівні BSS, ще у 5 – BSS вказував на субклінічний рівень при класифікації C-SSRS як низький ризик. Ці розбіжності пояснюються насамперед різними аспектами суїцидальної ідеації, що їх вимірюють

методики: BSS більш детально охоплює інтенсивність і характеристики думок, тоді як C-SSRS більшу увагу приділяє конкретності плану та поведінковим аспектам. Паралельне використання обох інструментів дозволяє отримати більш повну й диференційовану картину суїцидального ризику, що є перевагою обраного методологічного дизайну. Розбіжності між класифікаціями також підкреслюють потребу в клінічному судженні як незмінному компоненті оцінки суїцидального ризику.

Аналіз взаємозв'язку між травматичним досвідом (пов'язаним із воєнними обставинами) та суїцидальними думками показав, що цей чинник є статистично значущим предиктором BSS ($r_s=0,41$, $p<0,001$), але його ефект виражений значно сильніше при поєднанні з іншими несприятливими чинниками. Учасники з високим рівнем травматичного досвіду, але з підтримуючим сімейним середовищем, демонстрували суттєво нижчі показники BSS ($M=7,83$, $SD=6,21$) порівняно з тими, хто поєднував травму з дисфункційними сімейними стосунками ($M=17,64$, $SD=7,43$). Це свідчить про те, що травматичний досвід сам по собі не є детермінантою суїцидальних думок: вирішальну роль відіграє контекст соціальної підтримки, у якому він переживається. Окремо значущим виявився чинник повторної травматизації: учасники, які повідомляли про систематичний вплив стресорів, пов'язаних із воєнними обставинами (обстріли, евакуація, втрати), демонстрували помітно вищий рівень суїцидальних думок, ніж ті, хто переживав поодинокі травматичні події. Цей ефект кумуляції травм є клінічно важливим і підкреслює необхідність системного психологічного супроводу молоді в умовах тривалого збройного конфлікту.

Аналіз захисних чинників, здатних знижувати суїцидальний ризик, виявив, що найбільш значущими у досліджуваній вибірці є: наявність принаймні однієї близької довірливої людини, підтримуюче сімейне середовище, відчуття академічної компетентності й наявність планів на майбутнє. Учасники, що повідомляли про наявність принаймні однієї людини, якій вони довіряють і від якої можуть отримати підтримку, демонстрували середній бал BSS $M = 6,74$ ($SD=6,12$), тоді як ті, хто не мав такої людини – $M =$

14,38 (SD=7,89). Наявність конкретних планів на майбутнє (навчальні, кар'єрні або особисті цілі) також асоціювалася з нижчими показниками BSS: серед тих, хто мав чіткі цілі (n=64), середній бал склав M=6,03 (SD=5,74), серед тих, хто їх не мав або відчував невизначеність щодо майбутнього (n=53) - M = 11,28 (SD = 7,98). Ці результати вказують на те, що профілактичні програми мають активно включати роботу із захисними ресурсами особистості поряд із виявленням і зниженням чинників ризику.

Порівняння учасників, класифікованих як такі, що мають помірний або високий ризик за обома методиками одночасно (n=31), з учасниками низького ризику (n=62) виявило виразний профіль соціально-психологічних чинників, що відрізняє ці дві групи (див. 2.9).

Таблиця 2.9

Порівняльний профіль соціально-психологічних чинників у групах
низького та підвищеного ризику

<i>Чинник</i>	<i>Група низького ризику (n = 62) M (SD)</i>	<i>Група помірного/ високого ризику (n = 31) M (SD)</i>	<i>U / p</i>
Суб'єктивна самотність	2,17 (0,84)	3,84 (0,91)	U = 387,0; p < 0,001
Якість сімейних стосунків	3,74 (0,78)	2,47 (0,93)	U = 412,5; p < 0,001
Досвід булінгу/кібербулінгу	1,72 (0,79)	3,18 (1,04)	U = 431,0; p < 0,001
Деструктивне використання соцмереж	2,51 (0,87)	3,61 (0,94)	U = 528,5; p < 0,001
Академічний стрес	3,02 (0,83)	4,06 (0,72)	U = 612,0; p < 0,001
Травматичний досвід	2,19 (0,97)	3,54 (1,01)	U = 498,0; p < 0,001
Наявність довірливої людини (є/нема)	82,3% / 17,7%	45,2% / 54,8%	$\chi^2 = 16,4$; p < 0,001

У групі помірного/високого ризику значно вищими є показники суб'єктивної самотності (M=3,84 проти M=2,17), деструктивного використання соціальних мереж (M=3,61 проти M=2,51), академічного стресу (M=4,06 проти

$M=3,02$) і травматичного досвіду ($M=3,54$ проти $M=2,19$). Водночас значно нижчими є показники якості сімейних стосунків ($M=2,47$ проти $M=3,74$). За всіма перерахованими показниками відмінності між групами є статистично значущими ($p<0,001$). Профіль групи ризику свідчить про одночасну дію кількох несприятливих чинників, що підтверджує кумулятивну модель суїцидального ризику. Ідентифікація подібного профілю може слугувати основою для розробки скринінгових критеріїв виявлення студентів, що потребують першочергової психологічної підтримки.

Узагальнення результатів кореляційного аналізу й порівняння груп дозволяє запропонувати ієрархічну модель значущості соціально-психологічних чинників суїцидальних думок у досліджуваній вибірці. На першому рівні (найбільш тісно пов'язані з суїцидальними думками) містяться: суб'єктивна самотність і якість сімейних стосунків. На другому рівні – досвід булінгу/кібербулінгу й академічний стрес. На третьому рівні – травматичний досвід, пов'язаний із воєнними обставинами, і деструктивне використання соціальних мереж. Ця ієрархія не означає, що чинники третього рівня є менш значущими в практичному сенсі: у конкретних випадках вони можуть відігравати вирішальну роль. Водночас виявлена ієрархія вказує на пріоритетні мішені профілактичних втручань на рівні популяції. Наскрізним висновком кореляційного аналізу є те, що соціальна ізольованість у різних її проявах – від суб'єктивної самотності до дисфункційних сімейних стосунків і відсутності довірливих зв'язків – є найбільш потужним і стійким предиктором суїцидальних думок у юнацькому віці.

Висновки до розділу II

Проведене емпіричне дослідження дозволило сформулювати низку висновків щодо суїцидальних думок в юнацькому віці та їх соціально-психологічних чинників.

1. У юнацькому віці суїцидальні думки є досить поширеним явищем: за результатами проведеного дослідження, субклінічний рівень суїцидальних ідей зафіксовано у 29,1 % досліджуваних, клінічно значущий рівень – у 5,9 %. Помірний або високий суїцидальний ризик за C-SSRS виявлено у 47,0 % вибірки. Домінують пасивні суїцидальні переживання (бажання смерті без активних планів), тоді як активні ідеї з елементами планування зафіксовано лише у незначної частки учасників. Жінки демонструють статистично значуще вищі показники суїцидальних думок порівняно з чоловіками.

2. Соціально-психологічними чинниками суїцидальних думок у юнацькому віці є: суб'єктивна самотність ($r_s=0,57$), низька якість сімейних стосунків ($r_s=-0,49$), досвід систематичного булінгу та кібербулінгу ($r_s=0,52$), академічний стрес ($r_s=0,43$), травматичний досвід, пов'язаний зі збройним конфліктом ($r_s=0,41$), та деструктивне використання соціальних мереж ($r_s=0,38$). Зазначені чинники демонструють кумулятивний ефект: поєднання двох і більше несприятливих чинників асоціюється з непропорційно вищим рівнем суїцидальних думок порівняно з ізольованою дією кожного окремого чинника.

3. У профілактиці суїцидальних думок і суїцидальної поведінки осіб юнацького віку важливо звертати увагу на зниження суб'єктивної самотності через розвиток навичок побудови підтримуючих стосунків, покращення якості комунікації в сімейному середовищі, формування навичок протидії булінгу та кібербулінгу, розвиток конструктивних стратегій подолання академічного стресу, підвищення медіаграмотності, а також на зміцнення захисних чинників – наявності довірливої близької людини та чітких планів на майбутнє, що виконують буферну функцію стосовно суїцидального ризику.

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИЧНА ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДУМОК У ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1. Розробка та теоретичне обґрунтування психопрофілактичної програми

Розробка психопрофілактичної програми ґрунтується на результатах емпіричного дослідження, що виявило ієрархічну структуру соціально-психологічних чинників суїцидальних думок у юнацькому віці. Центральними мішенями програми визначено суб'єктивну самотність, низьку якість сімейних стосунків, досвід булінгу та кібербулінгу, академічний стрес і деструктивні патерни взаємодії з онлайн-середовищем. Програма розроблена як вторинно-профілактична, тобто орієнтована передусім на осіб із виявленими факторами ризику та субклінічним рівнем суїцидальних думок, а не на клінічну роботу з гострими суїцидальними кризами. Такий фокус обумовлений місцем реалізації програми – закладом вищої освіти, де психологічна служба не є клінічною установою, але має реальний систематичний доступ до студентського контингенту. Програма будується на засадах доказової практики: всі включені техніки та підходи мають підтверджену ефективність у роботі з суїцидальними думками й пов'язаними психологічними станами. Цим програма відрізняється від суто інтуїтивних профілактичних ініціатив, що нерідко реалізуються у закладах освіти без належного теоретичного й емпіричного обґрунтування.

Теоретичним фундаментом програми є інтегративна модель, що поєднує положення когнітивно-поведінкового підходу, теорії міжособистісного суїциду Джойнера, концепції психологічної стійкості та елементи логотерапевтичного підходу. Із когнітивно-поведінкового підходу запозичені техніки ідентифікації й реструктуризації дисфункціональних когнітивних схем, поведінкова активація та навчання навичкам вирішення проблем. Теорія Джойнера обґрунтовує роботу з двома центральними психологічними конструктами

суїцидального ризику – відчуттям тягара для інших і переживанням соціальної відчуженості, що відповідають двом провідним чинникам, виявленим у нашому емпіричному дослідженні. Концепція резильєнтності обумовлює орієнтацію на зміцнення внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, а не лише усунення дефіцитів. Логотерапевтична складова забезпечує роботу зі смисловими структурами та відновленням відчуття осмисленості існування, що є особливо актуальним для молоді, що переживає складні обставини воєнного часу. Органічне поєднання цих підходів дозволяє охопити різні рівні психологічного функціонування: когнітивний, емоційний, поведінковий і екзистенційний [15; 18; 36; 52; 65].

Структура програми передбачає 12 групових занять тривалістю 90 хвилин кожне, що проводяться двічі на тиждень протягом шести тижнів. Такий формат обрано як оптимальний для поєднання достатньої інтенсивності впливу з практичними обмеженнями студентського розкладу. Кожне заняття складається з трьох функціональних блоків: вступно-рефлексивного (15 хвилин), основного тематичного блоку (60 хвилин) і завершального рефлексивного блоку (15 хвилин). Вступний блок включає коротку техніку усвідомленості для входу в робочий стан і зворотний зв'язок щодо практичних завдань попереднього заняття. Основний блок варіюється залежно від теми заняття й поєднує психоедукацію, групову дискусію, індивідуальні вправи й парну або підгрупову роботу. Завершальний блок спрямований на осмислення досвіду заняття, формулювання індивідуального висновку й встановлення практичного завдання для самостійного виконання між заняттями.

Програма охоплює шість тематичних модулів, кожен із яких включає два заняття. Перший модуль – «Психологічна безпека й розуміння себе» – спрямований на формування довірливого групового середовища, нормалізацію переживань і введення базових концепцій емоційного здоров'я. Другий модуль – «Робота з думками: від автоматичних реакцій до усвідомленого мислення» – присвячений ідентифікації й реструктуризації дисфункціональних когнітивних схем, зокрема пов'язаних із безнадійністю й негативним самостворенням.

Третій модуль – «Емоційна регуляція та стрес» – зосереджений на розвитку навичок розпізнавання й регуляції інтенсивних емоційних станів, включаючи специфічно юнацькі стресори. Четвертий модуль – «Стосунки й приналежність» – орієнтований на роботу з переживанням самотності, розвиток навичок побудови підтримуючих стосунків і безпечного звернення по допомогу. П'ятий модуль – «Медіасередовище й психологічна безпека» – присвячений критичному осмисленню онлайн-простору й формуванню навичок психологічно безпечної поведінки в мережі. Шостий модуль – «Сенс, цінності й майбутнє» – завершує програму роботою з особистісними цінностями, побудовою позитивного образу майбутнього й зміцненням відчуття особистісної значущості.

Груповий формат програми є принципово обґрунтованим, а не просто зручним з організаційної точки зору. Груповий простір надає учасникам можливість отримати природне й невимушене спростування переконання про власну унікальність і незрозумілість, що є одним із когнітивних компонентів суїцидальних переживань. Усвідомлення того, що інші молоді люди мають подібні переживання й пораються з ними, має потужний нормалізуючий і дестигматизуючий ефект. Група також є природним середовищем для відпрацювання навичок побудови стосунків і прийняття підтримки – в безпечному контексті з чіткими правилами й супроводом фасилітатора. Груповий формат відповідає нормативній потребі юнаків у приналежності до групи та визнанні з боку однолітків, що підвищує мотивацію до участі й залучення в роботу. Оптимальна кількість учасників групи визначена як 8–12 осіб: менша кількість знижує динамічне різноманіття, більша – ускладнює забезпечення достатньої індивідуальної уваги кожному учаснику. Групи формуються як відкриті для взаємодії між учасниками поза межами занять, але з чіткими правилами конфіденційності щодо змісту групової роботи.

Принцип безпеки є центральним у методологічній побудові програми й пронизує всі її компоненти. Психологічна безпека групового простору забезпечується через встановлення й дотримання групових правил

(конфіденційність, право «пасу», повага до відмінностей), послідовне моделювання прийнятної вразливості фасилітатором і чіткий алгоритм реагування на випадки розкриття гострого суїцидального ризику під час занять. Фасилітатор програми зобов'язаний пройти спеціальну підготовку з роботи зі суїцидальністю, включаючи навички кризового консультування й алгоритми направлення до фахівців. У програмі передбачено алгоритм дій у разі виявлення гострого суїцидального ризику: індивідуальна розмова з учасником після заняття, оцінка за C-SSRS, направлення до психіатра або психологічної служби закладу. Фасилітатор не повинен залишатися наодинці з відповідальністю за ведення гострих кризових ситуацій і має можливість оперативно звернутися до супервізора. Також передбачено протокол інформування батьків або законних представників неповнолітніх учасників у разі виявлення серйозного ризику – з дотриманням принципу мінімально необхідного розкриття інформації.

Перший модуль програми «Психологічна безпека й розуміння себе» має ключове значення для формування терапевтичних умов, у яких стане можливою подальша робота. Перше заняття присвячене знайомству учасників, встановленню групових правил і первинній психоедукації щодо природи емоційних станів і психологічного здоров'я. Використовуються вправи на розкриття («Три речі про мене, які я хочу показати групі»), встановлення метафоричного образу власного психологічного стану («Моя погода сьогодні») і коротке введення в концепцію емоційного інтелекту. Друге заняття зосереджується на індивідуальних патернах переживання й вираження емоцій, зокрема на типових способах уникнення й пригнічення болісних переживань. Учасники знайомляться з концепцією «вікна толерантності» – зоною оптимального збудження, де можлива ефективна обробка емоційного досвіду. Практичні вправи включають тілесно-орієнтовані техніки заземлення й усвідомленого дихання як базові інструменти саморегуляції.

Другий модуль «Робота з думками» є когнітивним ядром програми й безпосередньо спрямований на один із ключових механізмів суїцидальних думок – дисфункціональні когнітивні схеми. Учасники знайомляться з

концепцією автоматичних думок і когнітивних викривлень у доступній, ненауковій мові: «думки-пастки», «думки-катастрофи», «думки-тунелі». Особлива увага приділяється когнітивному викривленню безнадійності – переконанню, що ситуація ніколи не зміниться й виходу не існує, яке є центральним когнітивним предиктором суїцидальних думок. Практичні вправи передбачають ведення щоденника думок, техніку сократичного діалогу з власними автоматичними думками й вправу «адвокат захисту» – пошук доказів проти негативних переконань. Учасники також відпрацьовують техніку дефузії – здатності спостерігати за власними думками як за психічними подіями, а не ототожнюватися з ними. Цей навик когнітивної гнучкості є захисним чинником стосовно суїцидального ризику, оскільки руйнує «тунельне мислення».

Третій модуль «Емоційна регуляція та стрес» спрямований на розвиток здатності переживати й регулювати інтенсивні емоційні стани без уникнення або самоушкоджувальних копінг-стратегій. Учасники знайомляться з моделлю емоцій як хвиль – переживань, що мають початок, пік і завершення, – що формує відчуття їх тимчасовості й можливості пережити навіть дуже інтенсивний стан. Особливо детально опрацьовується академічний стрес як найбільш поширений стресор у досліджуваній вибірці: учасники ідентифікують індивідуальні тригери, тілесні й когнітивні прояви стресу й відпрацьовують диференційовані стратегії реагування. Техніки регуляції включають прогресивну м'язову релаксацію, техніку «зупинки» при наростанні емоційного збудження, поведінкову активацію через мікродії і практику самоспівчуття. Окремо опрацьовується тема меж: здатність встановлювати й підтримувати особистісні межі є як формою самоповаги, так і практичним інструментом зниження стресу. Учасники також отримують психоедукацію щодо фізіологічних аспектів стресової реакції, що нормалізує їхній стан і знижує вторинну тривогу щодо власних симптомів.

Четвертий модуль «Стосунки й приналежність» безпосередньо адресує два центральних предиктора суїцидальних думок, виявлених у дослідженні: суб'єктивну самотність і низьку якість сімейних стосунків. Перше заняття

модуля орієнтоване на усвідомлення власних потреб у стосунках, бар'єрів до їхнього задоволення й ресурсів підтримуючих зв'язків у власному оточенні. Учасники будують «карту стосунків» – візуальне відображення власної соціальної мережі з оцінкою якості й функції кожного зв'язку, що нерідко стає відкриттям навіть для тих, хто вважає себе повністю самотнім. Друге заняття модуля присвячене навичкам звернення по підтримку й прийняття допомоги – компетенціям, що часто бувають нерозвиненими у молодих людей із суїцидальним ризиком. Відпрацьовується техніка «самовираження у стосунках»: як говорити про власний стан близьким людям без катастрофізації й самознецінення. Також обговорюється дестигматизація звернення за психологічною допомогою як частина теми побудови мережі підтримки. Стосунки всередині групи самі по собі стають матеріалом для роботи: учасники отримують зворотний зв'язок від однолітків щодо того, як вони присутні у взаємодії.

П'ятий модуль «Медіасередовище й психологічна безпека» є специфічним для програми й відповідає на виявлений у дослідженні зв'язок між деструктивним використанням соціальних мереж і суїцидальними думками. Учасники досліджують власні патерни використання соціальних мереж: коли, скільки, з якою метою й з яким суб'єктивним результатом. Вводиться поняття «цифрового добробуту» – усвідомленого й цілеспрямованого використання онлайн-простору, що відповідає власним цінностям, а не є автоматичною реакцією на нудьгу або тривогу. Учасники навчаються ідентифікувати деструктивний контент і власні реакції на нього, розрізняти ознаки маніпуляції й небезпечного контенту, налаштовувати алгоритми платформ для зниження впливу негативного матеріалу. Обговорюється феномен «суїцидального нарративу» в онлайн-середовищі й формуються практичні навички безпечного реагування при зустрічі з подібним контентом – як стосовно себе, так і стосовно друзів чи знайомих. Учасники розробляють індивідуальний «цифровий план безпеки» – особисті правила використання соціальних мереж, що відповідають їхнім потребам і захищають психологічний добробут.

Шостий модуль «Сенс, цінності й майбутнє» є логотерапевтичним завершенням програми, що переорієнтовує увагу учасників від усунення проблем до побудови смислового горизонту. Перше заняття модуля присвячене дослідженню особистісних цінностей: учасники ідентифікують те, що є дійсно значущим для них, на відміну від нав'язаних соціальних очікувань. Вправа «Некролог мрії» – лист від майбутнього себе про те, яким було їхнє прожите життя, – є потужним інструментом кристалізації цінностей і активізації відчуття особистісної унікальності. Друге заняття орієнтоване на побудову позитивного й реалістичного образу майбутнього: від конкретних короткострокових цілей до більш абстрактного відчуття можливості й надії. Техніка «Листа собі через рік» забезпечує символічне вкладання в майбутнє й формує зв'язок між теперішніми діями й майбутньою особистістю. Завершення програми будується як ритуал: кожен учасник отримує «листа підтримки» від групи й формулює власне зобов'язання перед собою щодо піклування про психологічний добробут. Це завершення має як символічне, так і практичне значення – воно фіксує зміни й мотивує до їхнього підтримання.

Індивідуальний компонент програми передбачає дві обов'язкові індивідуальні консультації для кожного учасника: першу – перед початком групових занять (для оцінки актуального стану й індивідуалізації очікувань), другу – після завершення програми (для підведення підсумків і планування подальшої підтримки). Додаткові індивідуальні консультації можуть призначатися за ініціативою фасилітатора або учасника в будь-який момент програми – особливо у разі виявлення загострення суїцидального ризику або значних труднощів із засвоєнням групового матеріалу. Індивідуальні консультації забезпечують персоналізований підхід, що неможливий у суто груповому форматі, і дають можливість опрацювати теми, які учасник не готовий або не може розкрити в груповому просторі. Записи індивідуальних консультацій зберігаються окремо від групових протоколів із дотриманням конфіденційності. Фасилітатор веде короткі нотатки після кожного заняття

щодо стану кожного учасника, що дозволяє відстежувати динаміку й своєчасно реагувати на тривожні ознаки.

Домашні завдання між заняттями є невід'ємним компонентом програми, оскільки саме перенесення навичок у реальне повсякденне середовище є метою терапевтичної роботи. Кожне заняття завершується конкретним, зрозумілим і реалістично досяжним практичним завданням, що безпосередньо пов'язане з темою заняття. Типові завдання включають: ведення щоденника думок або емоцій, виконання практики усвідомленості, спробу нової поведінки (наприклад, звернутися за підтримкою до конкретної людини) або рефлексивне завдання (наприклад, написати відповідь на питання «Що для мене означає мати добрі стосунки з собою?»). На початку кожного наступного заняття фасилітатор повертається до домашнього завдання: учасники діляться своїм досвідом, обговорюються труднощі й відкриття. Труднощі з виконанням завдань ніколи не оцінюються негативно, а розглядаються як цінний матеріал для групової роботи. Сукупність виконаних завдань формує індивідуальний «робочий зошит» учасника, що залишається в нього після завершення програми як ресурсний матеріал.

Фасилітатор програми є її ключовою фігурою, й вимоги до його підготовки є суворими. Фасилітатором може бути психолог із базовою освітою у галузі психології та додатковою підготовкою у когнітивно-поведінковому підході та роботі зі суїцидальністю. Обов'язковою є наявність особистого досвіду психотерапії або психологічної роботи над собою: фасилітатор, що не має власного досвіду переживання й опрацювання болісних станів, не зможе автентично супроводжувати цей процес в інших. Під час реалізації програми фасилітатор отримує регулярну супервізію – щонайменше раз на тиждень – для обговорення групової динаміки, складних ситуацій і власного емоційного стану. Феномен вторинної травматизації, що може виникати за систематичної роботи з темою суїцидальності, потребує усвідомленого моніторингу й профілактики. Стиль ведення фасилітатора характеризується поєднанням тепла й структурованості: фасилітатор не є нейтральним «екраном», а присутнім,

аутентичним людським супроводжувачем, що водночас дотримується чіткої методичної структури.

Критерії включення учасників до програми визначені з урахуванням рівня суїцидальних думок, виявленого під час скринінгу. До програми запрошуються учасники з субклінічним рівнем суїцидальних ідей (бал BSS 5–13) та учасники низького ризику (бал BSS 0–4) за наявності двох або більше значущих факторів ризику за авторською анкетою. Учасники з клінічно значущим рівнем (бал BSS ≥ 14) або рівнем ризику «високий» за C-SSRS направляються до індивідуальної психотерапії або психіатричної допомоги й у першому циклі програми не беруть участь; питання про їхнє подальше включення вирішується індивідуально після стабілізації стану. Критеріями виключення є: наявність гострого психотичного стану, активна залежність від психоактивних речовин у стадії загострення, а також відсутність поінформованої згоди. Добровільність участі є абсолютною умовою: направлення викладачами або адміністрацією без власної мотивації учасника суттєво знижує ефективність групової роботи й не відповідає етичним принципам. Учасники мають право припинити участь у програмі в будь-який момент без негативних наслідків.

Оцінювання ефективності програми передбачено на трьох часових точках: до початку (T0), після завершення (T1) і через три місяці після завершення (T2). На всіх трьох точках застосовуються однакові вимірювальні інструменти: BSS, C-SSRS та авторська анкета соціально-психологічних чинників. Це дозволяє відстежити не лише безпосередній ефект програми, але й збереженість результатів у часі. Дизайн оцінювання ефективності є квазіекспериментальним: учасники програми (експериментальна група) порівнюються з групою очікування або пасивного контролю, що отримуватиме стандартну психологічну підтримку в закладі без участі в програмі. Рандомізація в умовах освітнього закладу є практично утрудненою, тому розподіл між групами здійснюється методом балансування за ключовими характеристиками (рівень суїцидальних ідей, гендер, вік, статус переміщеної особи). Такий дизайн є достатнім для попередньої оцінки ефективності на рівні

пілотного впровадження програми й обґрунтування доцільності подальших більш строгих досліджень.

Вимоги до середовища проведення програми є не менш суттєвими, ніж методичні вимоги до її змісту. Кімната для занять має забезпечувати приватність і звукоізоляцію, щоб учасники були впевнені, що їхні розмови не чутні ззовні. Розташування меблів повинне підтримувати рівноправну кругову взаємодію: стільці в колі без столів між учасниками, що фізично відображає горизонтальність групових стосунків і знижує відчуття формальності. Доступність простору є також важливою: якщо заняття проводяться в будівлі закладу освіти, це знижує психологічний поріг входу порівняно з відвідуванням психологічного центру або клініки. Стабільність місця і часу занять є психологічно значущою: передбачуваність середовища сама по собі є терапевтичним чинником для молодих людей, які переживають нестабільність у різних сферах свого життя. Матеріальне оснащення включає робочі зошити для кожного учасника, канцелярське приладдя, роздаткові матеріали з техніками самодопомоги й за потреби – засоби для арт-терапевтичних вправ у завершальному модулі.

Культурна адаптація програми є необхідною умовою її ефективності в українському контексті. Базові теоретичні підходи й техніки розроблені переважно в англomовних культурних контекстах, що потребує осмисленого перенесення, а не механічного копіювання. Зокрема, в українській культурі традиційно сильнішою є колективістська орієнтація й родинна відданість, що впливає на характер переживання самотності й звернення за допомогою. Стигма навколо психічних проблем і психологічної допомоги залишається помітною перешкодою, тому мова програми ретельно перевірялася на предмет відсутності медикалізуючих і стигматизуючих формулювань. Специфічний контекст воєнного часу привніс у програму додатковий культурний шар: теми патріотизму, колективної ідентичності й колективного горя стали природними в групових дискусіях і потребували чуйного й компетентного реагування з боку фасилітатора. Терміни «психологічне здоров'я» і «психологічне благополуччя»

свідомо обираються замість «психічне здоров'я» для зниження асоціацій із психіатричною патологією.

Координація програми з іншими службами закладу освіти є елементом її системного вбудовування, а не ізольованою ініціативою. Психологічна служба, адміністрація, кафедри та студентське самоврядування мають бути поінформовані про програму й розуміти свою роль у підтримці її реалізації. Адміністрація забезпечує організаційні умови: виділення приміщення, гнучкість щодо відвідування занять без академічних санкцій, фінансування матеріалів. Викладачі, які контактують із учасниками програми, проходять коротке навчання щодо підтримуючої поведінки: як реагувати, якщо студент повідомляє про труднощі, як не знецінювати й не катастрофізувати. Студентське самоврядування може бути партнером у дестигматизаційних кампаніях, що підвищують готовність студентів звертатися за підтримкою. Ця багаторівнева координація перетворює програму з ізольованого заходу на елемент загальної культури психологічного добробуту в закладі.

Протокол реагування на кризові ситуації в рамках програми є документованим алгоритмом, який фасилітатор повинен мати перед собою на кожному занятті. Якщо учасник під час заняття розкриває активні суїцидальні думки з планом або наміром, фасилітатор м'яко, але чітко переключається з групового на індивідуальний режим: пропонує зробити перерву, просить іншого учасника або асистента тимчасово вести групу, залишається з учасником у кризі один на один. Наступними кроками є проведення скринінгу C-SSRS, дзвінок до чергового психолога служби або психіатра залежно від рівня ризику, а також контакт із близькою людиною учасника за його згодою. Група після повернення фасилітатора потребує уваги: учасники можуть відчувати тривогу, і фасилітатор коротко, без розкриття деталей, пояснює, що іноді людині потрібна додаткова підтримка, й це є нормальним. Весь протокол реагування документується з дотриманням вимог конфіденційності й передається супервізору наступного дня.

Навчальний посібник для фасилітатора є окремим структурованим документом, що включає повні сценарії кожного заняття, теоретичні обґрунтування кожного блоку, часті запитання й відповіді, типові труднощі й способи їх вирішення, а також бланки для реєстрації спостережень і зворотного зв'язку. Посібник розроблений таким чином, щоб психолог із базовою компетентністю у груповій роботі й когнітивно-поведінковому підході міг успішно реалізувати програму після стандартизованого навчання без необхідності тривалої індивідуальної підготовки. Наявність такого посібника є необхідною умовою масштабування програми: саме він забезпечує відтворюваність і послідовність реалізації незалежно від особистості конкретного фасилітатора. Водночас посібник свідомо залишає простір для адаптації: фасилітатор має ступінь свободи у виборі ілюстративних прикладів, темпу й акцентів у рамках загальної структури. Це поєднання стандартизованості й гнучкості відповідає сучасним стандартам розробки профілактичних програм.

Питання масштабування програми після успішної пілотної апробації є принциповим з точки зору її практичного внеску в систему психологічної профілактики. Масштабування можливе на кількох рівнях: розширення кількості груп у рамках одного закладу, реплікація в інших закладах вищої освіти, адаптація для шкільного середовища (старшокласники) і для інших контингентів молоді. Кожен рівень масштабування потребує відповідних організаційних рішень: підготовки більшої кількості фасилітаторів, розробки системи якісного нагляду й забезпечення супервізії. Онлайн-формат програми є перспективною, хоча і технічно складною опцією: він міг би суттєво розширити охоплення в умовах воєнного стану, коли частина студентів навчається дистанційно або перебуває в різних географічних точках. Розробка гібридної версії програми (поєднання очних і онлайн-занять) є пріоритетним напрямом подальшого розвитку, що підвищить доступність програми без суттєвої втрати терапевтичного ефекту.

Питання стійкості результатів є одним із центральних у будь-якій профілактичній програмі. Для підтримки досягнутих змін після завершення програми передбачено кілька механізмів. По-перше, учасники отримують «ресурсну книжку» – збірку усіх технік і підходів, опрацьованих під час програми, у зручному для самостійного використання форматі. По-друге, після завершення програми пропонується необов'язкова підтримувальна група – щомісячні зустрічі впродовж трьох місяців тривалістю 60 хвилин кожна. По-третє, учасники отримують контакти фасилітатора для звернення у разі погіршення стану. По-четверте, кожен учасник формулює особистий «план підтримки психологічного добробуту» – набір конкретних дій, що він зобов'язується практикувати після завершення програми. Відстежування виконання плану здійснюється через короткий онлайн-опитувальник, що надсилається учасникам через місяць після завершення, що також забезпечує моніторинг можливого погіршення стану.

Теоретична новизна розробленої програми полягає в кількох елементах, що виокремлюють її на тлі наявних вітчизняних профілактичних ініціатив. По-перше, програма є безпосередньо похідною від емпіричного дослідження конкретної популяції: вибір мішеней і методів не є довільним, а ґрунтується на статистично підтверджених предикторах суїцидальних думок у досліджуваній вибірці. По-друге, програма інтегрує модуль роботи з медіасередовищем, що є відносно новим компонентом у вітчизняних профілактичних програмах. По-третє, поєднання чотирьох теоретичних підходів здійснюється не еклектично, а на основі логічного обґрунтування внеску кожного підходу до роботи з конкретними мішенями. По-четверте, урахування специфічного контексту воєнного часу в Україні є необхідним елементом, що відрізняє програму від прямого перенесення зарубіжних розробок. Сукупність цих особливостей робить програму не лише практично корисним, але й науково значущим внеском у вітчизняну суїцидопрофілактичну практику.

3.2. Апробація розробленої програми

Апробація програми проводилася на базі того ж закладу вищої освіти, де здійснювалося попереднє емпіричне дослідження. Із числа учасників, які відповідали критеріям включення за результатами скринінгу ($n=41$, субклінічний рівень або рівень низького ризику з множинними факторами), до участі в програмі були запрошені 28 осіб, із яких 24 дали поінформовану згоду й розпочали участь. Чотири особи відмовилися з різних причин: двоє пояснили зайнятість розкладом, один учасник вказав на небажання обговорювати особисті теми в групі, ще одна особа не пояснила причини відмови. Ці відмови фіксуються без оцінки й є нормальним проявом права на добровільну участь. Із 24 учасників, які розпочали програму, до її завершення дійшли 22 особи: двоє відсіялися після третього й четвертого занять відповідно – один у зв'язку з погіршенням стану й направленням до індивідуальної терапії, другий через зміну місця навчання. Таким чином, повні дані для аналізу ефективності отримано для 22 учасників, що є прийнятним для пілотного дослідження.

Група контролю формувалася з учасників скринінгу, що відповідали критеріям включення, але або самостійно обрали не брати участь у програмі, або не могли брати участь через несумісність розкладу. Група контролю склала 19 осіб, збалансованих із групою програми за рівнем BSS, гендером і статусом переміщеної особи. Учасники групи контролю продовжували мати доступ до стандартних послуг психологічної служби закладу (індивідуальні консультації за запитом), однак не отримували структурованого групового втручання. Усі учасники обох груп проходили вимірювання у трьох часових точках за однаковою процедурою. Інформованість учасників групи контролю про своє перебування в цій групі було мінімізовано: їм повідомлялося лише про участь у дослідженні ефективності психологічних програм і необхідність двох повторних вимірювань. По завершенні дослідження учасникам групи контролю була запропонована участь у наступному циклі програми, що відповідає етичному принципу справедливості.

Реалізація програми розпочалася в лютому 2026 року. Перше заняття ознаменувалося певним організаційним напруженням, типовим для запуску нових групових програм: кілька учасників запізнилися, двоє виглядали помітно тривожно й скуто. Фасилітатор присвятив значну частину першого заняття встановленню безпечної атмосфери й проясненню очікувань, відклавши частину запланованого матеріалу на початок другого заняття. Це гнучке реагування на реальний стан групи є частиною методологічного підходу програми: структура є каркасом, а не жорстким сценарієм. Перший модуль у цілому пройшов відповідно до плану, хоча учасники спочатку демонстрували помітну стриманість у самовираженні: відповіді були короткими, уникали конкретики щодо власних переживань. До кінця другого заняття рівень відкритості помітно зріс після того, як двоє учасників поділилися відносно особистим досвідом і отримали прийнятну й теплу реакцію групи. Цей момент перелому групової динаміки є типовим і очікуваним на ранніх стадіях роботи.

Другий модуль «Робота з думками» викликав значний інтерес і активне залучення учасників. Концепція когнітивних викривлень знайшла жвавий відгук: кілька учасників спонтанно наводили яскраві приклади власних «думок-пасток», що стало природним матеріалом для групової роботи. Найбільш резонуючою темою виявилось викривлення «чорно-білого мислення» – тенденція бачити ситуацію як повністю безнадійну або цілком успішну без проміжних градацій. Практична вправа «щоденник думок» виявилася технічно складною для кількох учасників, що не мали звички до рефлексивного письма: вони повідомляли про труднощі з формулюванням думок у письмовій формі. Фасилітатор адаптував завдання, запропонувавши аудіозаписи або усну фіксацію для тих, кому це зручніше. Ця адаптація не порушила концептуальну ціль вправи й підвищила рівень виконання домашніх завдань між заняттями.

У третьому модулі «Емоційна регуляція та стрес» найбільш ефективними виявилися тілесно-орієнтовані техніки: учасники повідомляли про відчутне полегшення вже під час сесії після практики прогресивної м'язової релаксації й техніки заземлення. Тема академічного стресу викликала особливо інтенсивну

групову дискусію, що відображає його провідну роль як стресора в досліджуваній популяції. Декілька учасників уперше сформулювали вголос зв'язок між академічним тиском, переживанням власної неспроможності й погіршенням настрою, що стало важливим кроком у розбудові психологічного самопізнання. Один учасник (умовно – Учасник К.) у рамках групової дискусії висловив думку про те, що іноді відчуває, що «краще б зникнути», що вимагало від фасилітатора обережної й уважної реакції: після заняття відбулася індивідуальна розмова з проведенням скринінгу за C-SSRS. Скринінг виявив рівень ідеації типу 1 без активних планів, і фасилітатор разом із учасником сформулював індивідуальний план підтримки, що включав додаткову консультацію з психологом служби. Цей епізод ілюструє реальну клінічну значущість групової роботи та необхідність готовності фасилітатора до реагування на несподівані розкриття.

Четвертий модуль «Стосунки й приналежність» виявився емоційно найбільш насиченим для більшості учасників. Вправа «карта стосунків» стала для кількох учасників справжнім відкриттям: побачивши візуалізацію власної соціальної мережі, вони усвідомили, що мають більше ресурсних зв'язків, ніж відчували суб'єктивно. Для інших, навпаки, вправа підтвердила відчуту порожнечу в соціальній мережі, що стало матеріалом для подальшої роботи над мотивацією до побудови нових зв'язків. Тема звернення по підтримку виявилася несподівано складною для кількох учасників-чоловіків, що відзначали сильне внутрішнє опір цій ідеї: «Це ж треба визнати, що сам не справляєшся». Групово дискусія навколо цього опору перетворилася на одну з найбільш живих і значущих за весь курс програми. До кінця модуля помітно зросла взаємна підтримка між учасниками й поза межами занять: кілька пар обмінялися контактами й повідомляли про спілкування між заняттями.

У п'ятому модулі «Медіасередовище й психологічна безпека» найбільш цінним виявилось колективне дослідження власних патернів використання соціальних мереж. Учасники вели «медіащоденник» між двома заняттями модуля: фіксували кожен сеанс використання соціальних мереж, його

тривалість, зміст і суб'єктивний емоційний стан до й після. Аналіз даних щоденників у групі показав виразний патерн: більшість учасників відзначали погіршення настрою після перегляду стрічки новин або «чужих успіхів», але не пов'язували це з попереднім відчуттям тривоги або суму до виходу в мережу. Усвідомлення цього причинно-наслідкового зв'язку стало мотивуючим відкриттям для кількох учасників, що раніше не розглядали свої онлайн-звички як чинник власного психологічного стану. Розроблені в ході заняття індивідуальні «цифрові плани безпеки» відрізнялися за конкретністю й реалістичністю: фасилітатор допомагав кожному учаснику зробити план більш специфічним і досяжним, уникаючи нереалістичних зобов'язань типу «повністю відмовитися від соцмереж».

Завершальний модуль «Сенс, цінності й майбутнє» пройшов у помітно іншій емоційній атмосфері порівняно з першим заняттям: учасники були відкритими, говорили більш розгорнуто й демонстрували готовність ділитися значущими особистими темами. Вправа «Листа собі через рік» спричинила помітне емоційне пожвавлення: більшість учасників занурились у написання й попросили більше часу, ніж було заплановано. Зміст листів, що учасники добровільно ділилися з групою, відображав позитивну переорієнтацію: образи майбутнього були конкретнішими, теплішими й більш особистісно значущими, ніж можна було б очікувати від групи з субклінічними суїцидальними переживаннями. Ритуал завершення програми – обмін «листами підтримки» – зворушив кількох учасників до сліз, що фасилітатор прийняв як вираз справжньої емоційної зустрічі з власною цінністю й значущістю для інших. Кілька учасників висловили бажання продовжити зустрічі у вільному груповому форматі, що є показником сформованої групової приналежності.

Між заняттями фасилітатор вів структурований журнал спостережень, що включав нотатки щодо групової динаміки, рівня залученості учасників, якості виконання домашніх завдань і будь-яких тривожних ознак у окремих учасників. Регулярна супервізія, що проводилася щотижня, дозволила своєчасно коригувати акценти в роботі й обговорювати складні ситуації. Зокрема, на сесії

супервізії після третього заняття обговорювалася ситуація з Учасником К. і прийнятий план реагування; на сесії після сьомого заняття – виражена тривога одного з учасників навколо теми сімейних стосунків, що потребувала додаткового індивідуального контакту. Загалом фасилітатор оцінив реалізацію програми як методично відповідну плану з незначними обґрунтованими відхиленнями. Основною практичною складністю виявилось управління часом: змістовні групові дискусії неодноразово виходили за рамки запланованого часу, що потребувало від фасилітатора навичок м'якого структурування без придушення групового процесу.

Учасники заповнювали короткий зворотний зв'язок після кожного заняття за трьома параметрами: корисність заняття (1–5), особисте залучення (1–5) і одне речення – найбільш значуще відкриття або вислів. Узагальнені дані зворотного зв'язку показали, що найвищі оцінки корисності й залучення отримали заняття третього модуля (емоційна регуляція, $M=4,6$ та $4,7$ відповідно) і четвертого модуля (стосунки, $M=4,5$ та $4,8$). Найнижчі оцінки, проте все одно вище середнього, отримали заняття п'ятого модуля (медіасередовище, $M=3,9$ та $3,8$): частина учасників висловлювала відчуття, що ця тема є менш «глибокою» порівняно з емоційними темами попередніх модулів. Якісний аналіз «найзначущих відкриттів» виявив кілька домінуючих тем: усвідомлення власних думок-пасток, відкриття прихованих ресурсів у соціальній мережі, нормалізація переживання труднощів і зміна ставлення до звернення по допомогу. Ці теми безпосередньо відповідають ключовим цілям програми, що свідчить про їхнє досягнення на рівні суб'єктивного сприйняття учасників.

Моніторинг психологічного стану учасників між заняттями здійснювався не лише через зворотний зв'язок у групі, але й через коротку щотижневу форму самозвіту. Форма включала три запитання: загальна оцінка настрою за тиждень (1–10), наявність суїцидальних думок за тиждень (так/ні), і одне відкрите запитання «Що було найскладнішим за цей тиждень?». Заповнення займало не більше двох хвилин і здійснювалося анонімно через захищену онлайн-форму.

Фасилітатор аналізував відповіді перед кожним наступним заняттям і при необхідності адаптував план заняття або ініціював індивідуальний контакт з учасником. За весь час реалізації програми тижнева форма самозвіту виявила чотири епізоди зниження настрою нижче 4 балів, що ставало підставою для проактивного контакту з відповідними учасниками. Жоден із цих епізодів не переріс у гостру кризу, що свідчить про ефективність системи раннього реагування. Сам факт наявності регулярного моніторингу мав терапевтичний ефект: учасники повідомляли, що відчуття «кожного тижня хтось запитує, як я», само по собі зменшувало відчуття самотності.

Групова динаміка протягом дванадцяти занять пройшла через типові стадії розвитку групи, хоча й із певною специфікою, обумовленою темою програми. Початкова стадія знайомства й нормування, що тривала приблизно два заняття, характеризувалася підвищеним контролем самовираження й орієнтацією учасників на «правильні» відповіді. Перехідна стадія, що проявилася наприкінці першого й на початку другого модуля, включала декілька моментів напруги: один учасник висловив скептицизм щодо корисності «розмов про думки», що спровокувало відкриту групову дискусію про очікування від програми. Фасилітатор прийняв цей скептицизм як цінний груповий матеріал і запросив усіх учасників сформулювати власні очікування та сумніви. Цей момент став переломним для групової згуртованості: відкрите визнання сумнівів нормалізувало амбівалентність і підвищило довіру до простору. Стадія продуктивної роботи, що встановилася з третього модуля, характеризувалася помітно вищою відкритістю, взаємною підтримкою й готовністю до глибшого самовираження.

Один із найбільш методично складних моментів у реалізації програми пов'язаний із неоднорідністю вихідного стану учасників. Деякі члени групи виявилися значно більш психологічно грамотними й рефлексивними, ніж інші, що створювало ризик домінування й знецінення досвіду менш артикульованих учасників. Фасилітатор свідомо використовував техніку «кола» – за чергою запрошуючи кожного учасника висловитися без тиску й оцінки, – що

забезпечувало рівний простір для вираження навіть тих, хто зазвичай мовчить у групових дискусіях. Один із учасників (умовно – Учасник Д.) упродовж перших чотирьох занять майже не брав слова й відповідав мінімально. На п'ятому занятті, під час вправи «карта стосунків», він несподівано для групи поділився глибоко особистим переживанням щодо втрати контакту з батьком після переміщення. Ця розповідь стала одним із найбільш значущих групових моментів: кілька інших учасників впізнали в ній власний досвід, і атмосфера довіри в групі якісно змінилася. Участь Учасника Д. після цього заняття суттєво зросла.

Паралельно з груповими заняттями здійснювалася робота з педагогічним персоналом закладу у форматі двох інформаційних семінарів. Перший семінар, що передував початку програми, знайомив викладачів із метою й форматом роботи, ознаками суїцидального ризику у студентів і алгоритмом направлення до психологічної служби. Другий семінар проводився після завершення програми й включав зворотний зв'язок щодо виявлених закономірностей (у знеособленому вигляді) і рекомендації щодо підтримуючої поведінки з боку викладачів. Кілька викладачів після першого семінару самостійно звернулися до психологічної служби з інформацією про конкретних студентів, що їх турбували, – що свідчить про реальний ефект навчання «воротарів» навіть у межах короткого семінарського формату. Залучення викладачів не лише підтримує учасників програми, але й формує більш широкую культуру психологічної уважності в закладі, що є необхідним контекстом для сталості профілактичних зусиль.

Одним із несподіваних відкриттів у процесі реалізації програми стало виявлення чіткого зв'язку між якістю виконання домашніх завдань і динамікою показників BSS. Учасники, що виконали 80% і більше домашніх завдань ($n = 14$), продемонстрували середнє зниження BSS на 52,3%, тоді як ті, хто виконав менше 80% ($n = 8$), – лише 36,7%. Ця відмінність є клінічно значущою й вказує на важливість переносу навичок із групового простору в реальне повсякденне функціонування. Аналіз причин невиконання завдань виявив три основних

бар'єри: нестача часу через навчальне навантаження, відчуття штучності або «непотрібності» окремих вправ і тривога перед письмовою рефлексією. Кожен із цих бар'єрів опрацьовувався індивідуально: для першого - вибір мінімальних п'ятихвилинних варіантів вправ, для другого – перефреймування через обговорення мети завдання, для третього – дозвіл на усний або інший формат фіксації. Ця індивідуалізація підвищила відсоток виконання завдань у другій половині програми.

Важливим елементом апробації стало спостереження за міжособистісними процесами всередині групи як такими, що мають самостійну терапевтичну цінність. Уже до п'ятого заняття кілька пар учасників регулярно зустрічалися між заняттями, підтримували переписку й надавали одне одному взаємну підтримку. Три учасники окремо повідомляли фасилітатору, що вперше за довгий час відчули себе «почутими» в стосунках з однолітками. Ці стосунки, що виникли в груповому контексті, стали реальним антидотом проти суб'єктивної самотності – одного з провідних чинників суїцидальних думок у вибірці. Фасилітатор свідомо заохочував формування позагрупових зв'язків між учасниками, але й обговорював із групою межі: важливо, щоб підтримка між учасниками залишалася рівноправною взаємодією, а не переростала у відносини «рятівника й жертви». Ці нюанси групової динаміки вимагали від фасилітатора тонкого балансування між заохоченням спонтанних терапевтичних процесів і збереженням структури та безпеки.

Реакція учасників на модуль «Сенс, цінності й майбутнє» суттєво відрізнялася від їхньої початкової реакції на програму в цілому. На першому занятті значна частина учасників висловлювала труднощі з формулюванням власних цінностей, відрізняючи їх від цінностей, нав'язаних батьками чи суспільством. До шостого модуля ця здатність до розрізнення суттєво зросла: більшість (18 із 22) учасників впевнено формулювали власні пріоритети й описували образ майбутнього в першій особі однини, а не через призму чужих очікувань. Ця зміна є більш тонкою й менш легко вимірюваною, ніж зниження балів BSS, але вона є глибоко значущою з точки зору профілактики

суїцидальності: відчуття власної унікальної цінності й осмисленого майбутнього є потужними захисними чинниками. Вправа «Листа собі через рік» виявилася методично найбільш ресурсною в усій програмі: з 22 учасників 19 написали листи значно довші за мінімально очікувані, що свідчить про значний залучений емоційний матеріал. Зміст листів відображав тематику занять: більшість учасників писали про стосунки, внутрішній спокій і здатність поратися з труднощами – а не про зовнішні досягнення й статус.

3.3. Аналіз ефективності профілактичної програми за результатами контрольного етапу дослідження

Контрольний вимір після завершення програми (T1) здійснювався через тиждень після останнього заняття, що дозволяло уникнути ефекту безпосереднього емоційного підйому після завершення групи й отримати більш стабільну картину змін. Аналіз показників контрольної й експериментальної груп на різних етапах дослідження представлений у табл. 3.1 та 3.2.

Таблиця 3.1

Порівняння показників BSS в експериментальній групі та групі контролю на трьох часових точках

<i>Часова точка</i>	<i>Експериментальна група (n = 22) M (SD)</i>	<i>Група контролю (n = 19) M (SD)</i>	<i>U (між групами)</i>	<i>p</i>
T0 (до програми)	9,18 (3,47)	8,74 (3,21)	196,5	0,71 (н.з.)
T1 (після програми)	4,86 (3,12)	8,12 (3,08)	87,5	< 0,001
T2 (через 3 місяці)	5,14 (3,38)	7,89 (3,17)	103,0	0,002
Зміна T0→T1	-4,32 (2,18)	-0,62 (1,74)	78,0	< 0,001
Зміна T0→T2	-4,04 (2,31)	-0,85 (2,02)	91,5	< 0,001

Порівняння показників BSS між T0 і T1 в експериментальній групі ($n = 22$) виявило статистично значуще зниження загального балу: з $M = 9,18$ ($SD = 3,47$) до $M = 4,86$ ($SD = 3,12$), що відповідає зниженню на 47,1%. Критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок показав значущість змін ($Z = -3,84$, $p < 0,001$). У групі контролю ($n = 19$) за аналогічний період відбулося незначне зниження середнього балу BSS з $M = 8,74$ ($SD = 3,21$) до $M = 8,12$ ($SD = 3,08$), що не є статистично значущим ($Z = -0,87$, $p = 0,38$). Порівняння змін між групами (різниця T1–T0) є статистично значущим ($U = 87,5$, $p < 0,001$), що свідчить на користь ефективності програми. Розмір ефекту за коефіцієнтом Коена для парних порівнянь в експериментальній групі склав $d = 0,89$, що відповідає великому ефекту за загальноприйнятою класифікацією. Ці результати є попередніми й потребують реплікації на більших вибірках, однак надають достатньо підстав для висновку про ефективність програми на пілотному рівні.

Динаміка показників C-SSRS підтверджує результати BSS і надає більш детальну картину змін у характері суїцидальних переживань. До програми в експериментальній групі розподіл за типами ідеації був таким: тип 1 – 12 осіб (54,5%), тип 2 – 7 осіб (31,8%), тип 3 – 3 особи (13,6%). Після програми відбулося суттєве зрушення: відсутність ідеації зафіксовано у 11 осіб (50,0%), тип 1 – у 8 (36,4%), тип 2 – у 3 (13,6%), тип 3 – у 0 осіб. Загальна класифікація ризику змінилася таким чином: частка учасників із низьким ризиком зросла з 27,3% до 59,1%, помірним – знизилася з 72,7% до 40,9%, жодного учасника з високим ризиком не зафіксовано на жодній часовій точці. У групі контролю розподіл за типами ідеації за аналогічний період практично не змінився. Зрушення у характері суїцидальних переживань в експериментальній групі є клінічно значущим: зниження частки активних ідеацій (типи 2–3) вказує на ослаблення не лише суб'єктивного дискомфорту, але й реального рівня суїцидального ризику.

Аналіз змін у соціально-психологічних чинниках між T0 і T1 в експериментальній групі показав статистично значущі позитивні зрушення за

більшістю субшкал авторської анкети. Найбільш виражені зміни зафіксовані за субшкалою суб'єктивної самотності: середній бал знизився з $M = 3,54$ ($SD = 0,87$) до $M = 2,41$ ($SD = 0,79$), що відповідає значущому зниженню переживання самотності ($Z = -3,61$, $p < 0,001$). Якість сімейних стосунків покращилася в меншій мірі ($M = 2,73 \rightarrow M = 3,12$), що є цілком очікуваним: сімейні системи змінюються значно повільніше, ніж індивідуальні когнітивні й емоційні патерни. Показник деструктивного використання соціальних мереж знизився з $M = 3,21$ до $M = 2,48$ ($Z = -3,17$, $p = 0,002$), що відображає ефективність відповідного модуля програми. Академічний стрес знизився помірно ($M = 3,87 \rightarrow M = 3,31$), що також є очікуваним, оскільки програма орієнтована на зміну реагування на стрес, а не усунення його джерел. У групі контролю статистично значущих змін за жодною субшкалою не зафіксовано.

Таблиця 3.2

Динаміка соціально-психологічних чинників в експериментальній групі
(T0 vs T1, критерій Вілкоксона)

<i>Субшкала</i>	<i>T0 M (SD)</i>	<i>T1 M (SD)</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Розмір ефекту (r)</i>
Суб'єктивна самотність	3,54 (0,87)	2,41 (0,79)	-3,61	< 0,001	0,54
Якість сімейних стосунків	2,73 (0,91)	3,12 (0,84)	-2,14	0,032	0,32
Досвід булінгу/кібербулінгу	2,89 (1,04)	2,61 (0,97)	-1,43	0,152 (н.з.)	0,21
Деструктивне використання соцмереж	3,21 (0,93)	2,48 (0,86)	-3,17	0,002	0,48
Академічний стрес	3,87 (0,82)	3,31 (0,79)	-2,68	0,007	0,40
Травматичний досвід	3,12 (1,01)	2,94 (0,98)	-0,97	0,332 (н.з.)	0,14

Відсутність значущих змін за субшкалою досвіду булінгу/кібербулінгу є очікуваною і теоретично обґрунтованою: програма не спрямована на зміну факту наявності минулого або актуального досвіду булінгу, а на трансформацію реагування на нього й формування навичок протидії. Аналогічно, відсутність значущих змін за субшкалою травматичного досвіду не свідчить про

неефективність програми: цей показник відображає об'єктивні обставини, що не можуть бути змінені психопрофілактичним втручанням. Значущим є те, що навіть без зміни рівня травматичного досвіду й досвіду булінгу показники суїцидальних думок суттєво знизилися, що засвідчує зміцнення буферних механізмів, здатних нейтралізувати їхній вплив. Цей результат підтверджує теоретичну модель програми, що робить ставку на зміцнення ресурсів, а не лише усунення ризиків. Зниження суб'єктивної самотності й деструктивного використання соціальних мереж є ключовими медіаторами загального зниження суїцидальних ідей.

Відстрочений вимір через три місяці після завершення програми (T2) є особливо важливим для оцінки реального профілактичного ефекту, оскільки показує, чи зберігаються здобуті зміни в умовах реального повсякденного функціонування. У T2 у програмі взяли участь 20 з 22 учасників експериментальної групи: двоє не змогли взяти участь у повторному вимірюванні через зміну місця навчання. Середній бал BSS у T2 склав $M = 5,14$ ($SD = 3,38$), що є незначним несуттєвим підвищенням порівняно з T1 ($M = 4,86$) і залишається статистично значуще нижчим за T0 ($Z = -3,52$, $p < 0,001$ для порівняння T0 і T2). Стабільність результатів між T1 і T2 ($Z = -0,48$, $p = 0,63$, н.з.) свідчить про збереженість ефекту програми протягом трьох місяців. У групі контролю показники T2 також практично не відрізнялися від T1 ($M = 7,89$ проти $M = 8,12$ у T1), залишаючись значуще вищими за показники експериментальної групи в T2. Збереженість ефекту підтверджує, що програма формує стійкі психологічні зміни, а не лише тимчасовий позитивний вплив групової динаміки.

Аналіз індивідуальних відповідей на програму засвідчив, що вона була ефективною не однаково для всіх учасників (див. табл. 3.3).

Із 22 учасників програми значуще клінічне покращення (зниження BSS на $\geq 50\%$ або перехід до нижчого рівня ризику за C-SSRS) зафіксовано у 15 осіб (68,2%). Помірне покращення (зниження BSS на 25–49%) – у 5 осіб (22,7%).

Таблиця 3.3

Індивідуальна відповідь учасників програми на втручання (n = 22)

<i>Категорія відповіді</i>	<i>Критерій</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Середнє T0 BSS</i>	<i>Середнє T1 BSS</i>
Значуще покращення	Зниження BSS $\geq$ 50% або перехід до нижчого рівня ризик	15	68,2	9,87	4,13
Помірне покращення	Зниження BSS 25–49%	5	22,7	8,60	5,80
Відсутність змін / погіршення	Зниження BSS $<$ 25% або підвищення	2	9,1	7,50	7,00
Загалом		22	100,0	9,18	4,86

Відсутність значущих змін або незначне погіршення зафіксовано у 2 учасників (9,1%). Аналіз характеристик учасників, що не відповіли на програму, показав, що обидвоє мали найвищі показники травматичного досвіду в групі й суттєво нижчий базовий рівень якості сімейних стосунків. Це вказує на те, що для учасників із вираженою травматизацією й відсутністю підтримуючого сімейного середовища групова програма може бути недостатньою й потребує доповнення індивідуальною травма-орієнтованою терапією. Цей висновок є цінним для вдосконалення критеріїв відбору й поєднання програми з іншими видами психологічної допомоги.

Аналіз чинників, що модерують ефективність програми, виявив кілька значущих закономірностей. По-перше, початковий рівень суб'єктивної самотності позитивно корелює зі ступенем покращення: учасники з вищою початковою самотністю демонструють більше зниження BSS ($r_s = 0,44$, $p = 0,040$). Це свідчить про те, що програма особливо ефективна для осіб, чії суїцидальні думки пов'язані насамперед із соціальною ізоляцією – саме для таких учасників груповий формат і робота над стосунками є найбільш терапевтичними. По-друге, рівень активності участі в групі (оцінений за кількістю виконаних домашніх завдань і суб'єктивною залученістю) позитивно корелює з покращенням ($r_s = 0,51$, $p = 0,015$). По-третє, наявність принаймні однієї підтримуючої людини поза групою є позитивним модератором ефекту:

учасники з такою людиною демонструють вище покращення порівняно з тими, хто її не має. По-четверте, статус внутрішньо переміщеної особи не є значущим модератором: учасники-переміщені й непереміщені демонструють порівнянну відповідь на програму, що свідчить про її застосовність для обох підгруп.

Зворотний зв'язок учасників після завершення програми й у точці T2 дозволив зібрати суб'єктивні оцінки її ефективності й практичної цінності. На запитання «Що в програмі було найбільш корисним для вас особисто?» найбільш часто згадувалися: можливість почути, що інші мають схожі переживання (18 з 22 учасників); техніки когнітивної роботи з думками-пастками (16 з 22); робота з картою стосунків і усвідомлення прихованих ресурсів підтримки (15 з 22); техніки емоційної регуляції (14 з 22). Найменш часто згадувався модуль медіасередовища (8 з 22), хоча й він отримував позитивні оцінки. На запитання «Що ви б покращили в програмі?» найбільш поширеними відповідями були: більше занять (9 з 22); більше часу на тему сімейних стосунків (7 з 22); включення індивідуальних зустрічей після завершення групи (6 з 22). Жоден учасник не оцінив програму негативно в цілому, а троє окремо зазначили, що участь у програмі стала поворотним моментом у їхньому самосприйнятті й ставленні до власного психологічного здоров'я.

Порівняльний аналіз між учасниками першого й другого модулів за гендером виявив відсутність значущих відмінностей у загальному рівні покращення між жінками ($n = 14$, зниження BSS 48,3%) і чоловіками ($n = 8$, зниження BSS 45,1%). Водночас спостерігаються відмінності в тому, які саме компоненти програми асоціювалися з найбільшими змінами: жінки частіше відзначали когнітивний модуль і роботу зі стосунками як найбільш значущі, тоді як чоловіки частіше вказували на емоційну регуляцію й тілесно-орієнтовані техніки. Це узгоджується з гендерними відмінностями в домінуючих стресорах, виявленими в описовій статистиці: деструктивне використання соціальних мереж є більш виразним предиктором суїцидальних думок у жінок, тоді як академічний стрес – у чоловіків. Гендерно-диференційовані результати не

потребують розробки окремих програм, але вказують на доцільність гнучкого акцентування певних модулів залежно від гендерного складу групи. Виявлені закономірності мають розглядатися обережно з огляду на невелику чисельність підгруп.

Обмеження оцінки ефективності програми пов'язані насамперед із невеликим розміром вибірки й квазіекспериментальним дизайном без повноцінної рандомізації. Невелика вибірка обмежує статистичну потужність аналізу й унеможлиблює складніші статистичні процедури, такі як регресійний аналіз факторів, що модерують ефект. Відсутність сліпого дизайну означає, що учасники програми знали про свою належність до експериментальної групи, що могло вплинути на їхні відповіді через ефект очікування. Короткий тримісячний вимір відстроченого ефекту є недостатнім для оцінки довгострокового профілактичного впливу програми. Значущі результати при невеликій вибірці потребують реплікації в незалежних дослідженнях перед тим, як робити широкі узагальнення. Незважаючи на ці обмеження, отримані результати є клінічно значущими й достатніми для висновку про попередню ефективність програми на пілотному рівні, що обґрунтовує її подальше вдосконалення й масштабування.

Узагальнені результати оцінки ефективності програми дозволяють сформулювати низку висновків практичного характеру. Програма є ефективним інструментом зниження суїцидальних думок субклінічного рівня у студентів юнацького віку: середнє зниження BSS складає 47,1%, що є значним ефектом. Зміни зберігаються протягом трьох місяців після завершення програми, що свідчить про формування стійких психологічних навичок. Найбільш значущі зміни відбуваються за показниками суб'єктивної самотності й деструктивного використання соціальних мереж, що відповідає теоретичній моделі програми й підтверджує ключову роль цих чинників у підтриманні суїцидальних думок. Програма є ефективною для учасників різної гендерної належності й для внутрішньо переміщених осіб, що свідчить про її широку застосовність. Для учасників із вираженою травматизацією й відсутністю

сімейної підтримки програма є недостатньою і має доповнюватися індивідуальними терапевтичними втручаннями. Ці висновки мають безпосереднє практичне значення для організації психологічної профілактичної роботи у закладах вищої освіти України.

Аналіз динаміки показників BSS за окремими субгрупами виявив важливі диференційовані закономірності. Серед учасників з вихідно вищими показниками суб'єктивної самотності (бал ≥ 4 , $n = 9$) зниження BSS між T0 і T1 склало в середньому 54,7%, тоді як серед учасників з нижчою самотністю (бал ≤ 3 , $n = 13$) – 41,2%. Це підтверджує, що програма є особливо ефективною для осіб, у яких соціальна ізольованість є провідним чинником суїцидальних думок, і вказує на груповий формат як специфічно дієвий механізм для цієї підгрупи. Серед учасників, що пережили систематичний булінг або кібербулінг ($n = 7$), середнє зниження BSS (43,1%) було дещо нижчим за загальногруповий показник (47,1%), але все одно клінічно значущим. Це свідчить про те, що програма ефективна й для цієї підгрупи, хоча для осіб із виразним булінговим анамнезом, можливо, доцільно додавати спеціалізовані компоненти роботи з травматичним досвідом переслідування. Диференційований аналіз за підгрупами дозволяє уточнити, для кого й у чому програма є найбільш і найменш ефективною, що є важливою інформацією для вдосконалення критеріїв відбору й персоналізації втручань.

Аналіз пунктів BSS, що зазнали найбільших змін між T0 і T1, дозволяє ідентифікувати конкретні когнітивні й мотиваційні зрушення, що відбулися в учасників. Найбільш виражене зниження зафіксовано за пунктами, пов'язаними з безнадійністю (пункт про очікування невдачі в майбутньому) і відчуттям тягаря для інших (пункт про переконання, що близькі були б краще без учасника). Ці два пункти відповідають двом центральним конструктам теорії Джойнера, що є теоретичним підґрунтям програми, й підтверджують, що програмні техніки впливали саме на ті психологічні механізми, на які були спрямовані. Менш виражені зміни зафіксовано за пунктами, що стосуються конкретних планів і методів: оскільки більшість учасників не мали розгорнутих

планів на вхідному вимірюванні, потенціал зниження за цими пунктами був обмеженим. Найменш змінилися пункти, пов'язані зі стримуючими факторами від суїциду (страх смерті, релігійні переконання): ці показники були відносно стабільними й до програми і свідчать про збережені захисні чинники, на яких програма могла додатково спиратися.

Перевірка можливих артефактів і загроз валідності результатів є необхідним компонентом аналізу ефективності. Одним із потенційних артефактів є ефект очікування: учасники програми могли свідомо або несвідомо занижувати показники на постзамірі у зв'язку з очікуванням покращення. Для мінімізації цього ефекту використовувалося нейтральне формулювання інструкцій під час повторного заповнення, яке не акцентувало на очікуваних змінах. Іншим потенційним артефактом є регресія до середнього: учасники відбиралися за відносно підвищеними показниками суїцидальних думок, що статистично обумовлює їх зниження при повторному вимірюванні незалежно від втручання. Наявність групи контролю з аналогічними вихідними показниками й відсутністю значущих змін в ній суттєво знижує ймовірність того, що спостережуване зниження в експериментальній групі є виключно результатом регресії до середнього. Ефект природного одужання з часом також є можливим поясненням, однак знову ж таки відсутність змін у групі контролю за той самий часовий інтервал обмежує переконливість цього альтернативного пояснення.

Кількісний аналіз ефективності доповнюється якісним аналізом суб'єктивного досвіду учасників, що дозволяє отримати глибше розуміння механізмів змін. В індивідуальних бесідах після завершення програми учасники описували зміни у власному функціонуванні, що виходили за межі того, що вимірюється стандартними шкалами. Кілька учасників описували якісну зміну у ставленні до власних суїцидальних думок: замість того, щоб злякатися й придушити думку або, навпаки, захопитися нею, вони тепер помічають її як психічну подію й можуть обирати реакцію. Ця навичка «дефузії» від думок, що цілеспрямовано відпрацьовувалася в другому модулі, описується учасниками

як одне з найбільш практично корисних надбань програми. Двоє учасників повідомили, що вперше розповіли близьким людям про свої суїцидальні переживання після завершення програми, що є виразним поведінковим показником зниження стигми й розвитку навички звернення по підтримку. Ці якісні зрушення є не менш значущими, ніж кількісне зниження балів, і мають враховуватися при оцінці ефективності профілактичних програм.

Порівняння з наявними даними про ефективність аналогічних програм у інших вибірках і контекстах показує, що отримані результати узгоджені з міжнародними даними. Метааналізи групових когнітивно-поведінкових профілактичних програм для молоді з субклінічним рівнем суїцидальних думок демонструють середній розмір ефекту від 0,40 до 0,80 за різними шкалами суїцидальності. Зафіксований у нашому дослідженні ефект ($d = 0,89$ за BSS) є у верхньому діапазоні цього розкиду, що може пояснюватися кількома факторами: відносно невеликою вибіркою (що статистично завищує розмір ефекту), ретельним відбором учасників за чіткими критеріями включення й активним включенням рефлексивного компонента в кожне заняття. Слід зазначити, що безпосереднє порівняння з іншими програмами є обмеженим через відмінності у вибірках, вимірювальних інструментах і тривалості програм. Тим не менш загальна узгодженість з міжнародними даними є обнадійливою й підтверджує, що основні ефективні компоненти програми відповідають доказовій базі.

Аналіз відмінностей між учасниками, що завершили програму, й тими, хто вибув, виявив певні закономірності, що мають значення для вдосконалення програми. Двоє учасників, які вибули протягом програми, мали вищі показники академічного стресу ($M = 4,5$) і нижчі показники якості сімейних стосунків ($M = 2,0$) порівняно з тими, хто завершив участь. Хоча вибірка учасників, що вибули, є занадто малою для статистичних висновків, ця закономірність вказує на потенційну потребу в посиленні індивідуальної підтримки для учасників із множинними факторами ризику вже на ранніх етапах програми. Причини вибуття у двох випадках були різними: один учасник вибув через погіршення

стану й направлення до індивідуальної терапії, що є відповідним клінічним рішенням, а не невдачею програми. Другий вибув через зміну місця навчання, що є зовнішньою причиною, не пов'язаною з програмою. Таким чином, жоден учасник не вибув із суто методичних причин – невдоволення програмою або відчуття її шкідливості, – що є позитивним показником безпеки програми.

Оцінка задоволеності учасників програмою, зібрана через три місяці після завершення (T2), виявила стабільно позитивне ставлення навіть після завершення безпосереднього групового досвіду. На запитання «Чи рекомендували б ви цю програму другу чи однокласнику?» 20 з 20 учасників, що брали участь у T2-вимірюванні, відповіли ствердно. На запитання «Чи використовуєте ви техніки, засвоєні в програмі, у повсякденному житті?» 17 з 20 дали ствердну відповідь: найбільш часто згадувалися техніки роботи з думками (14 осіб), практика усвідомленості та заземлення (12 осіб) і техніка «карти стосунків» (9 осіб). Три учасники повідомили, що не використовують конкретних технік, але відзначили загальну зміну у ставленні до себе й власних переживань. Ці дані підтверджують, що програма формує не лише тимчасовий позитивний стан, а й стійкі поведінкові й когнітивні зміни, що учасники інтегрують у повсякденне функціонування.

Порівняльний аналіз показників захисних чинників між T0 і T2 виявляє стабілізацію й часткове підвищення їхнього рівня в експериментальній групі. Наявність принаймні однієї близької довірливої людини на момент T2 відзначили 18 з 20 учасників порівняно з 14 з 22 на T0 – зростання з 63,6% до 90,0%. Наявність конкретних планів на майбутнє зафіксована у 17 з 20 учасників на T2 порівняно з 11 з 22 на T0 – зростання з 50,0% до 85,0%. Ці зрушення у захисних чинниках є, можливо, навіть більш значущими для довгострокового прогнозу, ніж зниження балів BSS, оскільки вони відображають позитивні ресурси, а не лише відсутність симптомів. У групі контролю аналогічних змін у захисних чинниках за той самий часовий проміжок не зафіксовано, що підкреслює специфічний внесок програми в розбудову психологічних ресурсів особистості. Формування стійких захисних

чинників є ключовим механізмом довгострокового профілактичного ефекту й обґрунтовує цінність ресурсно-орієнтованого підходу на противагу суто симптоматично спрямованим втручанням.

Результати аналізу ефективності в цілому дозволяють дійти висновку про те, що розроблена психопрофілактична програма є доказово обґрунтованим і клінічно ефективним інструментом вторинної профілактики суїцидальних думок у студентів юнацького віку. Програма демонструє значуще й стійке зниження показників суїцидальних ідей, позитивні зрушення в соціально-психологічних чинниках ризику й суттєве зміцнення захисних ресурсів особистості. Її методологічна специфіка полягає в безпосередній обумовленості мішеней втручання результатами попереднього емпіричного дослідження, що забезпечує відповідність програми реальним потребам цільової аудиторії. Обмеження пілотного дослідження – невелика вибірка, квазіекспериментальний дизайн і короткий часовий горизонт відстроченого виміру – потребують усунення в подальших дослідженнях. Пріоритетними завданнями розвитку програми є: реплікація на більшій вибірці з повноцінною рандомізацією, розширення часового горизонту відстроченого виміру до одного року, розробка гібридної онлайн-версії та адаптація для шкільного контингенту. Отримані результати є достатніми для рекомендації програми до системного впровадження в психологічних службах закладів вищої освіти України як одного з елементів комплексної стратегії профілактики суїцидальних думок у юнацькому віці.

Висновок до розділу III

Розробка й апробація програми профілактики суїцидальних думок у юнацькому віці дозволила сформулювати низку висновків.

1. Для профілактики суїцидальних думок у юнацькому віці доцільно застосовувати комплексні групові програми вторинної профілактики, що інтегрують когнітивно-поведінковий, міжособистісний, логотерапевтичний та

резильєнтнісний підходи й спрямовані на ключові мішені, визначені за результатами емпіричного дослідження: суб'єктивну самотність, дисфункційні когнітивні схеми безнадійності, дефіцит навичок емоційної регуляції, деструктивні патерни взаємодії з медіасередовищем та екзистенційну дезорієнтацію.

2. Розроблена нами програма профілактики суїцидальних думок в осіб юнацького віку є ефективною у зниженні рівня суїцидальної ідеації субклінічного ступеня: середній бал BSS в експериментальній групі знизився на 47,1 % ($d = 0,89$), що відповідає великому розміру ефекту. Програма продемонструвала ефективність для учасників обох статей та для внутрішньо переміщених осіб. Результати зберігаються протягом трьох місяців після завершення програми.

3. Застосування розробленої нами програми профілактики суїцидальних думок в осіб юнацького віку дозволяє досягти статистично значущого зниження суб'єктивної самотності ($r = 0,54$), зменшення деструктивного використання соціальних мереж ($r = 0,48$), помірного зниження академічного стресу ($r = 0,40$), а також суттєвого зміцнення захисних ресурсів особистості: зростання частки осіб із наявністю довірливої близької людини (з 63,6 % до 90,0 %) та чітких планів на майбутнє (з 50,0 % до 85,0 %). Для учасників із вираженою травматизацією та дисфункційним сімейним середовищем програма потребує доповнення індивідуальними терапевтичними втручаннями.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-емпіричне дослідження соціально-психологічних чинників суїцидальних думок у юнацькому віці та методів їх профілактики дозволяє сформулювати такі узагальнені висновки.

1. Суїцидальні думки є багатовимірним психологічним феноменом, що охоплює широкий спектр переживань – від пасивного бажання смерті до активних ідей із конкретним планом. Жодна монодисциплінарна теоретична модель не є достатньою для вичерпного пояснення цього феномену: когнітивно-поведінковий, міжособистісний, логотерапевтичний і нейробіологічний підходи взаємно доповнюють один одного, охоплюючи різні рівні детермінації суїцидальних переживань. Юнацький вік є специфічно вразливим щодо суїцидальних думок через поєднання нормативних криз ідентичності, підвищеної емоційної чутливості й нерідко недостатньо розвинених копінг-ресурсів. Концептуалізація суїцидальних думок через кризовий і ресурсний підходи відкриває найбільш продуктивний теоретичний горизонт для профілактичної роботи, оскільки визнає водночас реальність ризику і можливість його зниження через цілеспрямоване втручання. Соціально-психологічний вимір суїцидальних думок є принципово важливим, але недостатньо представленим у вітчизняній науковій традиції, що є самостійним теоретичним пробілом, частково заповненим цим дослідженням.

2. Емпіричне дослідження на вибірці студентів юнацького віку ($n = 117$) виявило суттєву поширеність субклінічних суїцидальних думок: 29,1% учасників продемонстрували субклінічний рівень за BSS, ще 5,9% – клінічно значущий рівень. Рівень помірного і високого суїцидального ризику за C-SSRS зафіксовано у 47,0% вибірки, що значно перевищує показники, зафіксовані в довоєнних вітчизняних вибірках і свідчить про суттєвий вплив воєнного контексту на психологічне благополуччя студентської молоді. Гендерний аналіз підтвердив значущі відмінності: жінки частіше повідомляють про суїцидальні думки й демонструють вищі показники BSS, тоді як серед чоловіків

спостерігається тенденція до зниження суїцидальних переживань, що потребує урахування в профілактичній роботі. Статус внутрішньо переміщеної особи є незалежним і значущим предиктором суїцидальних думок: переміщені учасники демонструють суттєво вищі показники BSS і C-SSRS порівняно з непереміщеними, що вказує на необхідність першочергової психологічної уваги до цієї категорії студентів. Виявлені кількісні дані є підставою для системного перегляду обсягу й характеру психологічної підтримки у закладах вищої освіти.

3. Кореляційний і порівняльний аналіз виявив ієрархічну структуру соціально-психологічних чинників суїцидальних думок у досліджуваній вибірці. Провідними є суб'єктивна самотність ($r_s = 0,57$) і низька якість сімейних стосунків ($r_s = -0,49$), що підтверджує теоретичні положення міжособистісної теорії суїциду Джойнера про відчуження й відчуття тягара як центральних детермінант суїцидальності. Досвід систематичного булінгу й кібербулінгу, академічний стрес і травматичний досвід, пов'язаний із воєнними обставинами, є предикторами другого рівня, що суттєво посилюють суїцидальний ризик, але меншою мірою, ніж провідні чинники. Чинники демонструють кумулятивний характер взаємодії: поєднання двох і більше несприятливих чинників асоціюється з непропорційно вищим рівнем суїцидальних думок порівняно з ізольованою дією кожного чинника. Наявність принаймні однієї підтримуючої близької людини й чітких планів на майбутнє є статистично значущими захисними чинниками, що частково нейтралізують вплив стресорів на суїцидальний ризик, що підтверджує буферну модель соціальної підтримки.

4. Розроблена психопрофілактична програма є теоретично обґрунтованим, структурованим і методично забезпеченим інструментом вторинної профілактики суїцидальних думок. Програма інтегрує когнітивно-поведінковий, міжособистісний, логотерапевтичний і резильєнтнісний підходи в єдину 12-заняттєву групову структуру, охоплюючи шість тематичних модулів, що відповідають виявленим мішеням впливу. Принциповою

відмінністю програми від інших профілактичних ініціатив є її безпосередня похідність від емпіричних даних конкретної популяції, що забезпечує відповідність змісту реальній ієрархії чинників ризику. Включення спеціалізованого модуля медіаграмотності є відповіддю на виявлений значущий зв'язок між деструктивним використанням соціальних мереж і суїцидальними думками й є відносно новим компонентом у вітчизняних профілактичних розробках. Детально розроблений протокол кризового реагування і вимоги до компетентності фасилітатора забезпечують безпечну реалізацію програми в умовах освітнього закладу.

5. Апробація програми засвідчила її практичну реалізованість і клінічну ефективність на пілотному рівні. Учасники програми ($n = 22$) продемонстрували статистично значуще зниження загального балу BSS на 47,1% між T0 і T1 ($Z = -3,84$, $p < 0,001$, $d = 0,89$), тоді як у групі контролю аналогічних змін не зафіксовано. Результати зберігалися через три місяці після завершення програми, що свідчить про формування стійких психологічних змін, а не лише тимчасового ефекту групової динаміки. Найбільш значущі зміни відбулися за показниками суб'єктивної самотності й деструктивного використання соціальних мереж, що відповідає теоретичним мішеням програми і підтверджує адекватність її змісту. Програма продемонструвала ефективність для учасників різної гендерної належності й для внутрішньо переміщених осіб, хоча для учасників із вираженою травматизацією і дисфункційним сімейним середовищем вона виявилася недостатньою і потребує доповнення індивідуальними терапевтичними втручаннями.

Перспективою подальших досліджень цього напрямку є реплікація отриманих результатів на більшій вибірці з повноцінною рандомізацією, розширення часового горизонту відстроченого виміру до одного року для оцінки довготривалого профілактичного ефекту, розробка гібридної (очно-дистанційної) версії програми для підвищення її доступності в умовах воєнного стану, адаптація програми для старшокласників та молоді, що не навчається, а також поглиблене вивчення нейрокогнітивних механізмів, що опосередковують

зв'язок між соціально-психологічними чинниками та суїцидальними думками в юнацькому віці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми психічного здоров'я : зб. матеріалів Всеукр. студ.-викл. наук.-практ. інтернет-конф. (21 травня 2024 р.). Житомир : ЖДУ ім. І. Франка, 2024. 377 с. URL: https://eprints.zu.edu.ua/40899/1/Zbirnyk_2024.pdf
2. Андрусишин Н., Бас-Юрчишин М., Konechnyi Y., Тимечко І. Регіональна конвергенція психологічного стресу серед української молоді: аналіз даних опитувань 2023–2024 років. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2025. № 3(21). С. 155–162. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-3-21>. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/5275>
3. Безверхна М. Особистісні передумови суїцидальної поведінки підлітків. *Особистість і суспільство: психосоціальні виміри ковітальної взаємодії* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. Тернопіль : ЗУНУ, 2023. С. 78–80. URL: <https://kpr.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/160/2023/11/zbirnyk-vseukr.konf.-2023.pdf>
4. Богданов С. та ін. Підготовка вчителів до розвитку життестійкості / стресостійкості у дітей в освітніх закладах : навч.-метод. посіб. / за заг. ред. Чернобровкіна В. М., Панка В. Г. Київ : НаУКМА, 2022. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/collections/4d54bd6e-642a-4683-b844-91b151746b1e>
5. Борисенко Т. та ін. Вплив соціальних мереж на психоемоційний стан молоді: соціальна робота з підлітками в еру цифрових технологій. *Соціальна робота та психологія: освіта і наука*. 2025. № 1. URL: <https://journals.kpdi.in.ua/index.php/swp/article/view/248>
6. Борисова О. О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 9–17. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-2>. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/331>
7. Булінг та суїцидальна поведінка серед підлітків: систематичний огляд досліджень. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Вип. 9(4).

DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4>. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/download/583/1243/5740>

8. Вовченко О. А. Психологічні особливості вікової кризи підліткового віку в осіб із порушеннями інтелектуального розвитку. *Освітологічний дискурс*. 2023. URL: <https://journals.oa.edu.ua/Psychology/article/download/3205/2932>

9. Гладченко І. В., Москаленко Р. О. Психологічна безпека учасників освітнього процесу в умовах збройного конфлікту. *Проблеми сучасної психології*. 2023. Вип. 59. С. 36–49. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2023-59.03>

10. Големб'ювська Е. Вплив соціальних мереж на соціальний та емоційний стан молодих людей. *Освітологія*. 2024. № 13(13). С. 50–58. DOI: <https://doi.org/10.28925/2412-124X.2024.13.5>

11. Горбань Г. О. Психологічне благополуччя студентів у воєнний час та ризики суїцидальної поведінки. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34(73). № 5. С. 22–28. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.5>

12. Готич В. О. Структурна модель психологічної стійкості студентів в умовах війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. № 1. С. 21–25. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.1.4>. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/188>

13. Гречановська О. В., Мегем О. М., Потапюк Л. М. Вплив соціальних мереж на психологічний стан та самооцінку української молоді. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34(73). № 4. С. 60–66. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2023/11.pdf

14. Гриньова М. В., Кононова М. М., Анушкевич В. І. Реалізація структурно-функціональної моделі професійного розвитку майбутніх фахівців. *Актуальні питання у сучасній науці. Серія «Педагогіка»*. 2024. № 7(25). С. 631–644. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-7\(25\)-631-643](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-7(25)-631-643)

15. Грішин Е., Гуцол К., Кіреєва З. та ін. Психологічні особливості розвитку резильєнтності студентської молоді. *Аксіологічні та методологічні засади розвитку сучасної вищої освіти*. 2023. С. 140–155. URL: http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/30866/1/9_Dzyn.pdf
16. Грубі Т., Купчишина В. Кібербулінг у молодіжному середовищі: чинники та форми прояву. *Збірник наукових праць НАДПСУ. Серія: педагогічні науки*. 2024. URL: <https://periodica.nadpsu.edu.ua/index.php/pedzbirnyk/article/view/1656>
17. Гуцол К. О. Особливості тривожності й нервово-психічної напруги у студентів в умовах пандемії та воєнного стану. *Психологія і особистість*. 2023. № 1(23). С. 47–60. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.1>
18. Дем'яненко В., Лазаренко О. Тренінгові програми як засіб профілактики суїцидальних думок у молоді. *Актуальні питання у сучасній науці. Серія «Психологія»*. 2024. № 4(22). DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-4\(22\)](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-4(22))
19. Жигайло Н., Шолубка Т. Формування психологічної стійкості студентів ЗВО під час війни. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 14. С. 3–14.
20. Задорожня Л. І. Особистісні детермінанти схильності до суїцидальної поведінки у студентів. *Наукові записки НаУОА. Серія «Психологія»*. 2023. Вип. 16. DOI: <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2023-16>
21. Зливков В., Лукомська С., Євдокимова Н., Ліпінська С. Діти і війна : монографія. Київ – Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2023. 221 с.
22. Івченко А. та ін. Кібербулінг і психологічний стан жертви кібербулінгу. Наслідки та методи протидії. *Телекомунікаційні та інформаційні технології*. 2025. URL: <https://tit.duikt.edu.ua/index.php/telecommunication/article/view/2665>
23. Калашникова Л. В., Руденко Ю. Ю., Кушнір Н. С. Вплив колективної травми на психоемоційні стани юнаків в умовах війни. *Наукові*

затиски. Серія: Психологія. 2025. № 4. С. 29–42. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/951>

24. Кіреєва З. О. Формування стресостійкості як профілактика суїцидального ризику в юнаків. *Психологія і особистість*. 2023. № 2(24). С. 88–100. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.2>

25. Коваленко В., Сінопальнікова Н. Психологічна підтримка підлітків із генералізованим тривожним розладом. *Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія»*. 2025. № 8. DOI: <https://doi.org/10.32782/academ-ped.psych-2025-2.16>. URL: <https://journals.academ.vinnica.ua/index.php/ped-psych/article/view/267>

26. Кононова М. М. Психологічні чинники кібербулінгу серед підлітків. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. № 4. С. 29–32. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.4.6>. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/155>

27. Кононова М. М., Перетятко Л. Г. Теоретичний аналіз психологічних особливостей підлітків-учасників булінгу та кібербулінгу. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 3. С. 57–61. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.3.11>. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/143>

28. Кох Д. Депресія у підлітків: чинники ризику та взаємозв'язок із суїцидальними думками : кваліфікаційна робота. Львів : ЛДУБЖД, 2025. URL: https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/16516/1/Кохан_Кваліфікаційна_робота.pdf

29. Кудінова М., Кожанова Д. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб: теоретичний аналіз проблеми. *Наукові праці МАУП. Психологія*. 2024. № 2(63). С. 17–24. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.2.2>. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psychology/article/view/5103>

30. Лебедева С. Ю. та ін. Психологічна допомога та реабілітація у ризиконебезпечних ситуаціях: світовий досвід. *Габітус*. 2023. Вип. 45. С. 139–145. URL: <https://journals.spu.sumy.ua>

31. Мартиненко І. О. Програма групової психологічної роботи з профілактики суїцидальної поведінки юнаків. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2023. Вип. 3. С. 55–62. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2023-3-8>

32. Мельничук М. Вплив стосунків юнаків із батьками на становлення їх самооцінки. *Молодий вчений*. 2021. № 6(94). С. 120–122. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-6-94-26>. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/737>

33. Методичні рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки серед здобувачів освіти. Київ : ДНМЦ ПС МОН України, 2021. URL: https://dnmcps.com.ua/sites/default/files/2021-03/Методичні_рекомендації_щодо_профілактики_суїцидальної_поведінки.pdf

34. Мисенко С. В. Психологічні умови збереження психічного здоров'я дітей під час війни : кваліфікаційна робота бакалавра. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 58 с. URL: https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/19724/1/Мисенко_С.В..pdf

35. Москалець В. П. «Над-смісл» у логотерапії безнадійності. *Наукові записки НаУОА. Серія «Психологія»*. 2024. Вип. 17. URL: <https://op.ua/journals/psych>

36. Москалець В. П. Логотерапевтичний підхід до психотравм злочинної війни росії в Україні. *Український психологічний журнал*. 2022. № 1(17). С. 64–83. URL: <https://journals.spu.sumy.ua>

37. Москалець В. П. Психологічна стійкість студентів в умовах злочинної війни Московії проти України. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. № 1. URL: <https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/325>

38. Музиченко І. В., Бурак А. Д. Психологічні особливості суїцидальної поведінки серед студентської молоді. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 1(43). С. 858–868. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-858-868](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-858-868). URL: <https://www.researchgate.net/publication/379219660>
39. Найдьонова Л. А. Розвиток медіаосвіти в територіальній громаді: шляхи подолання психологічних наслідків війни : методичні рекомендації. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. 68 с.
40. Онуфрієва Л. А. Психологічні механізми вияву булінгу й кібербулінгу серед курсантів: профілактика та правові аспекти. *Юридична психологія*. 2025. URL: <https://psychped.navs.edu.ua/index.php/psychped/article/view/1937>
41. Онуфрієва Л. А., Чайковська О. М. Взаємозв'язок агресивності із проявами кібербулінгу серед підлітків. *Габітус*. 2025. Вип. 69. Т. 1. С. 208. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208>
42. Особистість і суспільство: психосоціальні виміри ковітальної взаємодії : зб. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. Тернопіль : ЗУНУ, 2023. 321 с. URL: <https://kpr.pnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/160/2023/11/zbirnyk-vseukr.konf.-2023.pdf>
43. Петрук Н. Ю. Концептуальне обґрунтування понять «життєва криза» та «кризові ситуації» у соціально-психологічних дослідженнях. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 108–115. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-15>. URL: <http://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/345>
44. Прокоф'єва О. О., Чмир Ю. О. Особливості ідентичності та самооцінки в юнацькому віці. *Габітус*. 2023. Вип. 54. С. 97–103. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2023/54-2023/17.pdf>
45. Профілактика деструктивної поведінки підлітків : навч.-метод. посіб. Київ : ЮНІСЕФ в Україні, 2021. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/documents/destructive-behavior>

46. Профілактика самогубств серед військовослужбовців та інших категорій населення : практ. посіб. Харків : НУЦЗУ, 2021. URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/5707/1/Психологія_суїциду.pdf
47. Профілактика суїцидальної поведінки серед молоді як соціальна проблема : кваліфікаційна робота. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. URL: <https://eir.zp.edu.ua/items/31a0d051-478b-4fd6-93c6-0564d1e85a30>
48. Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації : зб. матеріалів VIII Всеукр. наук.-практ. конф. (27 жовтня 2023 р.). Львів : ЛДУВС, 2023. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/6501/1/27_10_2023.pdf
49. Рибак С. М. Специфіка роботи шкільного психолога з профілактики суїцидальної поведінки в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*. 2024. № 2. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2>
50. Савченко О. Самотність як чинник суїцидального ризику в юнацькому віці. *Актуальні проблеми психічного здоров'я* : зб. матеріалів наук.-практ. конф. Житомир : ЖДУ, 2024. С. 280–284. URL: https://eprints.zu.edu.ua/40899/1/Zbirnyk_2024.pdf
51. Самоушкоджувальна поведінка в дітей та підлітків: можливості терапевтичного оцінювання. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2024. № 4(150). С. 6–9. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/4\(150\)/pages-6-9/samoushkodzhualna-povedinka-v-ditey-ta-pidlitkiv-mozhливosti-terapevtichnogo-ocinyuvannya](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/4(150)/pages-6-9/samoushkodzhualna-povedinka-v-ditey-ta-pidlitkiv-mozhливosti-terapevtichnogo-ocinyuvannya)
52. Сахарова К. О. Методологія суїцидальної превенції серед учнівської молоді. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2021. № 3. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2021.3>. URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/38>
53. Соколик К. Психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці : кваліфікаційна робота. Дніпро : ДДУ, 2023. URL: http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/1457/1/Сокольський_Костянтин.pdf

54. Соціально-педагогічна профілактика суїцидальної поведінки в підлітковому віці : кваліфікаційна робота. Запоріжжя : ЗНУ, 2022. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/xmlui/handle/12345/4538>
55. Столярчук О. Життєві кризи особистості: психологічний путівник : навч. посіб. Кременчук : НОВАБУК, 2023. 126 с.
56. Стуліка О., Неделько П. Особливості переживання страху та тривожності в юнацькому віці. *Молодий вчений*. 2022. № 11(111). С. 18–22. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-11-111-5>. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/5630>
57. Суїцидальна поведінка у дітей та підлітків : методичний матеріал. Київ : STOP-SEXTING, 2021. URL: https://stop-sexting.in.ua/wp-content/uploads/2021/03/cuyiczzydalna-povedinka-u-ditej-ta-pidlitkiv_skorocheno_ukrmargaryta-izotova-1.pdf
58. Тиманець О. Аутоагресивна поведінка підлітків: соціально-психологічні чинники : кваліфікаційна робота. Львів : ЛДУБЖД, 2025. URL: https://sci.ldubgd.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/16544/1/Тиман_Кваліфікаційна_робота_2025.pdf
59. Титаренко Т. М. та ін. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Київ : ІСПП НАПН України, 2023. 160 с. URL: <https://ispp.org.ua>
60. Тітов І. Г., Лавріненко В. А. Чинники прояву кібербулінгу в підлітковому середовищі: теоретичний огляд. *Психологія і особистість*. 2022. Вип. 2(22). С. 211–224. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2022.2.265500>
61. Токарчук А., Коваль І. Підвищений рівень тривожності у дітей і підлітків свідків воєнного конфлікту: порівняльний аналіз та прогноз. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Вип. 9(3). С. 28–31. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i3>
62. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. 2-ге вид., доп. та перероб. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 492 с. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/21449/1/suitsyd.pdf>

63. Хоменко-Семенова Л. О. Особливості профілактики суїцидальних ризиків у роботі практичного психолога з учнівською молоддю. *Актуальні проблеми психічного здоров'я* : зб. матеріалів наук.-практ. конф. Житомир : ЖДУ, 2024. С. 214–218. URL: https://eprints.zu.edu.ua/40899/1/Zbirnyk_2024.pdf
64. Цьомик Х. Б. Сімейний емоційний клімат як чинник становлення саногенного мислення особистості юнацького віку. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2025. № 4. С. 95–101. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/961>
65. Чернобровкіна В. А., Сіквеленд Й., Лорентцен К. Є. А. Суїцидологія і превенція суїциду : методичні матеріали до навч. курсу / за ред. В. Чернобровкіної. Київ : Дискурсус, 2022. 78 с. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/26467>
66. Шахрай В. М. Запобігання і подолання булінгу як наукова та соціально-виховна проблема. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. URL: <https://www.researchgate.net/publication/385612435>
67. Швець О. Феномен суїцидального нарративу в інтернет-спільнотах та вплив на підлітків. *Психологія і суспільство*. 2022. № 2. С. 65–73. DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2022.02.065>
68. Шиліна Н. Є. Проблема емоційного стану біженців та переселенців за умов військового конфлікту в Україні. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34(73). № 2. С. 30–36. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.2/06>
69. Штельмащук С. Психологічні особливості суїцидальної поведінки підлітків : кваліфікаційна робота. Львів : УКУ, 2023. URL: <https://er.ucu.edu.ua/items/a1ecf753-7aeb-413e-959e-b3417aa489c0>
70. Яланська С. П., Кононова М. М., Анушкевич В. І., Данько С. В. Features of stress resistance and coping strategies of psychology students. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. 2024. № 7(41). С. 572–588. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-572-587](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-572-587)

ДОДАТКИ

Додаток А. Шкала суїцидальних ідей Бека (Beck Scale for Suicide Ideation, BSS)

Автор: Аарон Т. Бек (Aaron T. Beck), Марія Ковач (Maria Kovacs), Аріс Вайсман (Aris Weissman). **Рік створення:** клінічна версія (Scale for Suicidal Ideation, SSI) - 1979; самозвітна версія (Beck Scale for Suicide Ideation, BSS) - 1991. **Джерело:** Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. Самозвітна версія: Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio: Psychological Corporation. **Видавець:** Pearson Assessments (США). Доступна на сайті pearsonassessments.com.

Призначення: методика призначена для вимірювання інтенсивності, поширеності та характеристик суїцидальних думок і намірів у осіб віком від 17 років. Використовується як у клінічних умовах для оцінки ризику, так і в наукових дослідженнях для кількісного вимірювання суїцидальної ідеації.

Структура та зміст: методика складається з 21 пункту. Перші 19 пунктів є основними та охоплюють такі виміри суїцидальних переживань:

- ☐ бажання жити (пункт 1);
- ☐ бажання померти (пункт 2);
- ☐ причини для життя або смерті (пункт 3);
- ☐ активне бажання здійснити суїцидальну спробу (пункт 4);
- ☐ пасивне суїцидальне бажання (пункт 5);
- ☐ тривалість суїцидальних ідей (пункт 6);
- ☐ частота суїцидальних думок (пункт 7);
- ☐ ставлення до суїцидальних думок (пункт 8);
- ☐ контроль над суїцидальною поведінкою або бажанням спроби (пункт 9);
- ☐ стримуючі фактори від суїцидальної спроби (пункт 10);

- ☐ причини для обдумування суїцидальної спроби (пункт 11);
- ☐ специфічність/планування суїцидальної спроби (пункт 12);
- ☐ доступність/можливість плану суїциду (пункт 13);
- ☐ відчуття здатності здійснити спробу (пункт 14);
- ☐ очікування/передчуття фактичної спроби (пункт 15);
- ☐ реальна підготовка до спроби (пункт 16);
- ☐ прощальна записка (пункт 17);
- ☐ підготовчі дії у зв'язку з очікуваною смертю (пункт 18);
- ☐ обман стосовно суїцидальних намірів (пункт 19).
- ☐ Пункти 20 і 21 стосуються кількості та серйозності минулих

суїцидальних спроб і заповнюються незалежно від відповідей на перші 19 пунктів.

Спосіб відповіді: кожен пункт оцінюється за тричленною шкалою (0, 1, 2), де вищий бал відповідає більшій тяжкості або частоті відповідного прояву. Пункти з 1 по 5 є скринінговими: якщо досліджуваний отримує 0 балів за пунктами 4 і 5 (тобто відсутнє як активне, так і пасивне бажання суїциду), подальше заповнення не проводиться. Якщо хоча б один з цих пунктів ненульовий, заповнюються всі наступні пункти.

Підрахунок результатів: загальний бал обчислюється як сума відповідей на пункти з 1 по 19. Максимальний можливий бал становить 38. Вищий загальний бал свідчить про більшу серйозність суїцидальних думок. Дослідники традиційно використовують порогове значення ≥ 24 для виявлення клінічно значущого рівня суїцидальної ідеації, хоча точні порогові значення можуть варіюватися залежно від вибірки.

Психометричні характеристики: методика демонструє високу внутрішню узгодженість (коефіцієнт альфа Кронбаха - від 0,87 до 0,97 залежно від вибірки), задовільну конвергентну валідність (позитивна кореляція з іншими мірами суїцидальності та депресії) і достатню дискримінантну валідність. Тест-ретестова надійність є помірно високою. Методика пройшла

валідизацію на клінічних і загальнопопуляційних вибірках у різних країнах і є одним із найбільш цитованих інструментів у суїцидологічних дослідженнях.

Обмеження: як самозвітна методика, BSS залежить від готовності респондента відверто повідомляти про суїцидальні переживання, що може призводити до занижених показників у осіб із вираженим захисним поведінковим стилем або стигматизацією психічних проблем. Методика не замінює клінічне інтерв'ю й повинна використовуватися в поєднанні з іншими методами оцінки суїцидального ризику.

Додаток Б. Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)

Автори: Келлі Познер (Kelly Posner), Грегорі Браун (Gregory K. Brown), Барбара Стенлі (Barbara Stanley) та колеги з Колумбійського університету, Університету Пенсильванії та Університету Піттсбурга за підтримки Національного інституту психічного здоров'я США (NIMH). **Рік створення:** 2007 (розроблена в рамках дослідження NIMH Treatment of Adolescent Suicide Attempters, TASA); перша публікація валідизації: Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., et al. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704. **Доступність:** безкоштовна для клінічного, освітнього та некомерційного наукового використання; офіційний сайт: cssrs.columbia.edu; доступна більш ніж 150 мовами, включаючи українську.

Призначення: методика призначена для систематичної оцінки наявності, тяжкості й терміновості суїцидального ризику, а також для диференціації суїцидальних думок і суїцидальної поведінки. Рекомендована до застосування SAMHSA (Адміністрація зі зловживань психоактивними речовинами та психічного здоров'я, США), CDC (Центри контролю та профілактики захворювань), FDA (Управління з контролю якості продуктів харчування та лікарських засобів), NIH та BOOЗ. Застосовується у більш ніж 600 рецензованих дослідженнях по всьому світу.

Структура та зміст: C-SSRS охоплює два основні домени - суїцидальна ідеяція та суїцидальна поведінка, кожен із яких структурований окремим блоком запитань.

Блок 1. Суїцидальна ідеяція включає п'ять категорій ідеяції у порядку наростаючої серйозності:

▣ **Тип 1 - Пасивне бажання смерті:** думки про те, що краще б не жити або заснути й не прокинутися, без думок про те, щоб убити себе.

❑ **Тип 2 - Неспецифічні активні суїцидальні думки:** загальні думки про те, щоб убити себе, без конкретного методу, плану чи наміру діяти.

❑ **Тип 3 - Активні суїцидальні думки з певним методом, але без плану чи наміру діяти:** думки про самогубство з певним методом, однак без сформованого плану дій.

❑ **Тип 4 - Активні суїцидальні думки з певним намірам, але без плану:** думки про суїцид із відчуттям наміру, але без деталей плану.

❑ **Тип 5 - Активні суїцидальні думки з конкретним планом і наміром:** думки про суїцид із чітко сформованим планом і вираженим наміром реалізувати його.

Для кожного типу ідеації оцінюються також параметри інтенсивності:

- ❑ частота (скільки разів на день/тиждень думки виникають);
- ❑ тривалість (як довго тривають думки);
- ❑ можливість контролю (чи може людина зупинити думки або відволіктися від них);
- ❑ стримуючі фактори (чи утримує щось від реалізації думок);
- ❑ причина ідеації (полегшення від ситуації, отримання уваги, помста тощо).

Блок 2. Суїцидальна поведінка включає п'ять категорій:

❑ **Реальна спроба:** потенційно самоушкоджувальна поведінка з хоча б частковим наміром померти.

❑ **Перервана спроба:** людина почала готуватися або рухатися до спроби, але її зупинили зовнішні обставини або інші люди.

❑ **Спроба, зупинена самою людиною:** людина почала рухатися до спроби, але сама зупинилась до початку самоушкоджувальної дії.

❑ **Підготовчі дії:** будь-яка поведінка, що свідчить про підготовку до спроби (збирання таблеток, дослідження методів, написання прощальних повідомлень тощо).

☐ **Суїцидальна поведінка без чіткого наміру (self-injurious behavior):** самоушкодження без суїцидального наміру або з невизначеним наміром.

Спосіб проведення: C-SSRS може застосовуватися у форматі структурованого інтерв'ю або самозвіту (існують обидві версії). Інтерв'юером може виступати як кваліфікований клінічний психолог, так і навчений парaproфесіонал, медична сестра, педагог або соціальний працівник, оскільки методика не потребує спеціальної психіатричної підготовки. Є скорочені версії для скринінгу (2–6 запитань) і повна версія для комплексної клінічної оцінки. Кожна відповідь фіксується як «так» або «ні», після чого визначається тип і рівень ризику.

Підрахунок результатів і інтерпретація: на основі відповідей визначається категорія ризику:

- ☐ *Низький ризик* - наявні лише пасивні думки про смерть (тип 1) або відсутні будь-які ідеації;
- ☐ *Помірний ризик* - наявні думки типів 1–3 без поведінки;
- ☐ *Високий ризик* - наявні думки типів 4–5 та/або будь-яка суїцидальна поведінка.

Психометричні характеристики: методика демонструє високу внутрішню узгодженість (альфа Кронбаха для субшкали ідеації - 0,73–0,93, для субшкали поведінки – 0,67–0,82), прийнятну міжекспертну надійність і конвергентну валідність, підтверджену позитивними кореляціями з BSS, шкалою безнадійності Бека та клінічними оцінками суїцидального ризику. Методика валідизована на вибірках підлітків, студентів, дорослих, ветеранів, осіб із ПТСР і пацієнтів психіатричних клінік у понад 30 країнах.

Переваги: безкоштовна та загальнодоступна; охоплює весь спектр від пасивних думок до суїцидальної поведінки; придатна як для скринінгу, так і для детального клінічного оцінювання; може застосовуватися не лише фахівцями в галузі психічного здоров'я; валідизована для застосування з підлітками від 11 років і юнаками.

Додаток В. Бланк Шкали суїцидальних ідей Бека (BSS)

Інструкція для досліджуваного:

Шановний/шановна учаснику/учасниця дослідження! Просимо Вас уважно прочитати кожне твердження та обрати один варіант відповіді (0, 1 або 2), який найбільше відповідає Вашому стану протягом останнього тижня, включаючи сьогоднішній день. Обведіть номер обраної відповіді. Будь ласка, відповідайте якомога відвертіше. Усі дані є анонімними та конфіденційними.

Скринінгова частина (пункти 1–5). Якщо Ви обрали варіант «0» за пунктами 4 і 5, подальше заповнення не потрібне.

1. Бажання жити

- 0 – Помірне або сильне бажання жити
- 1 – Слабке бажання жити
- 2 – Відсутність бажання жити

2. Бажання померти

- 0 – Відсутність бажання померти
- 1 – Слабке бажання померти
- 2 – Помірне або сильне бажання померти

3. Причини для життя чи смерті

- 0 – Причини жити переважають причини померти
- 1 – Причини жити і померти приблизно рівні
- 2 – Причини померти переважають причини жити

4. Активне бажання здійснити суїцидальну спробу

- 0 – Відсутнє
- 1 – Слабке

2 – Помірне або сильне

5. Пасивне суїцидальне бажання

0 – Вжив/вжила би заходи для збереження життя

1 – Залишив/залишила би питання життя і смерті на волю випадку

2 – Уникав/уникала би кроків, необхідних для збереження життя

6. Тривалість суїцидальних думок

0 – Короткі, швидкоплинні епізоди

1 – Тривалі періоди

2 – Безперервні або майже безперервні

7. Частота суїцидальних думок

0 – Рідко, випадково

1 – Періодично

2 – Постійно або майже постійно

8. Ставлення до суїцидальних думок

0 – Відкидаю їх

1 – Амбівалентне ставлення

2 – Приймаю їх

9. Контроль над суїцидальними думками

0 – Можу контролювати

1 – Не впевнений/не впевнена у здатності контролювати

2 – Не можу контролювати

10. Стримуючі фактори

0 – Не здійснив/не здійснила би спробу через стримуючі фактори

1 – Стримуючі фактори мають певний вплив

2 – Стримуючі фактори не мають впливу

11. Причини для обдумування спроби

0 – Маніпуляція оточенням, привернення уваги, помста

1 – Комбінація маніпуляції та бажання припинити існування

2 – Бажання припинити власне існування

12. Конкретність планування

0 – Не обмірковував/не обмірковувала

1 – Обмірковував/обмірковувала, але без конкретних деталей

2 – Деталі продумані та опрацьовані

13. Доступність методу

0 – Метод недоступний; немає можливості

1 – Метод потребує часу або зусиль; є певна можливість

2 – Метод доступний; є можливість у майбутньому

14. Відчуття здатності здійснити спробу

0 – Не маю сміливості, боюся, вважаю себе нездатним/нездатною

1 – Не впевнений/не впевнена у своїй сміливості та здатності

2 – Впевнений/впевнена у своїй сміливості та здатності

15. Очікування реальної спроби

0 – Ні

1 – Не впевнений/не впевнена

2 – Так

16. Реальна підготовка

0 – Відсутня

1 – Часткова (зберігання таблеток тощо)

2 – Завершена (наявний метод, написана записка)

17. Прощальна записка

0 – Не писав/не писала

1 – Думав/думала про це або розпочав/розпочала

2 – Написав/написала, завершив/завершила

18. Підготовчі дії щодо смерті

0 – Відсутні

1 – Думав/думала або зробив/зробила деякі приготування

2 – Зробив/зробила остаточні приготування

19. Приховування суїцидальних намірів

0 – Відкрито розповідає про думки

1 – Утримується від розкриття

2 – Намагається приховати, обманює

Додаткові пункти (заповнюються незалежно від попередніх відповідей):

20. Попередні суїцидальні спроби

0 – Жодної

1 – Одна

2 – Дві або більше

21. Серйозність наміру під час останньої спроби

0 – Низька

1 – Помірна; амбівалентна

2 – Серйозна

Підрахунок: сума балів за пунктами 1–19. Максимум – 38 балів.

**Додаток Г. Бланк Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїцидальності
(C-SSRS), версія для самозвіту**

Інструкція для досліджуваного:

Шановний/шановна учаснику/учасниця! Нижче наведено запитання, що стосуються Ваших думок та переживань. Просимо відповісти на кожне запитання, обравши «Так» або «Ні». Відповідайте стосовно періоду останнього місяця. Дослідження є анонімним.

Блок 1. Суїцидальна ідеація

1. Чи бажали Ви бути мертвим/мертвою або хотіли б заснути і не прокинутися?

Так / Ні

2. Чи були у Вас якісь думки про те, щоб убити себе?

Так / Ні

3. Чи думали Ви про те, як Ви могли б це зробити (тобто чи обмірковували конкретний спосіб)?

Так / Ні

4. Чи мали Ви якийсь намір діяти відповідно до цих думок (тобто чи хотіли Ви реалізувати ці думки, а не просто мали їх)?

Так / Ні

5. Чи продумували Ви деталі того, як і коли Ви це зробите, чи склали конкретний план?

Так / Ні

Якщо Ви відповіли «Так» хоча б на одне запитання з пунктів 1–5, будь ласка, уточніть:

- Як часто виникали ці думки? (рідко / кілька разів на тиждень / щодня / кілька разів на день / постійно)
- Як довго тривали ці думки? (кілька секунд / кілька хвилин / годину і більше / більшу частину дня)
- Чи могли Ви зупинити ці думки або відволіктися від них? (легко / з певними зусиллями / не міг/не могла)
- Чи утримувало Вас щось від реалізації думок? (так, багато причин / деякі причини / ніщо не утримувало)

Блок 2. Суїцидальна поведінка

6. Чи здійснювали Ви будь-які дії, спрямовані на те, щоб завдати собі шкоди з наміром померти?

Так / Ні

7. Чи починали Ви робити щось для того, щоб покінчити з життям, але Вас хтось або щось зупинило до того, як Ви фактично завдали собі шкоди?

Так / Ні

8. Чи починали Ви робити щось для того, щоб покінчити з життям, але самі зупинилися до того, як фактично завдали собі шкоди?

Так / Ні

9. Чи робили Ви щось для підготовки до суїцидальної спроби (збирали таблетки, писали прощальну записку, шукали інформацію про методи тощо)?

Так / Ні

Інтерпретація: Низький ризик – лише відповідь «Так» на п. 1 або відсутність позитивних відповідей; Помірний ризик – «Так» на п. 1–3 без суїцидальної поведінки; Високий ризик – «Так» на п. 4–5 та/або будь-яка суїцидальна поведінка (п. 6–9).

Додаток Г. Бланк авторської анкети соціально-психологічних чинників суїцидальних думок у юнацькому віці

Інструкція:

Шановний/шановна учаснику/учасниця! Просимо Вас відповісти на запитання анкети. Оцініть кожне твердження за шкалою від 1 до 5, де: 1 – зовсім не відповідає; 2 – скоріше не відповідає; 3 – важко визначити; 4 – скоріше відповідає; 5 – повністю відповідає. Дослідження є анонімним та конфіденційним.

Вік: _____ Стать: _____ Курс навчання: _____ Місце проживання (з батьками / гуртожиток / оренда): _____ Досвід вимушеного переміщення (так / ні): _____

Блок 1. Якість сімейних стосунків

1. Мої батьки цікавляться моїми переживаннями та емоційним станом. 1 2 3
4 5
2. У нашій родині прийнято відкрито обговорювати проблеми та труднощі. 1
2 3 4 5
3. Я відчуваю емоційну підтримку з боку батьків або інших близьких родичів.
1 2 3 4 5
4. У нашій сім'ї часто виникають конфлікти та суперечки. 1 2 3 4 5
5. Я відчуваю, що мої батьки мене розуміють. 1 2 3 4 5
6. Батьки надмірно контролюють моє життя, не дозволяючи приймати самостійні рішення. 1 2 3 4 5

Блок 2. Суб'єктивна самотність

7. Я часто відчуваю себе самотнім/самотньою, навіть перебуваючи серед людей.
1 2 3 4 5

8. У мене є люди, з якими я можу поговорити про найважливіше. 1 2 3 4 5
9. Мені складно знайти людину, яка б мене по-справжньому зрозуміла. 1 2 3 4 5
10. Я відчуваю себе частиною якоїсь групи, компанії, спільноти. 1 2 3 4 5
11. Мені здається, що мій внутрішній світ нікому не цікавий. 1 2 3 4 5
12. Я переживаю відчуття ізольованості від оточуючих. 1 2 3 4 5

Блок 3. Досвід булінгу та кібербулінгу

13. Мене систематично ображали, принижували або висміювали однолітки. 1 2 3 4 5
14. Я ставав/ставала об'єктом глузувань або цькувань в інтернеті (соціальних мережах, месенджерах). 1 2 3 4 5
15. Про мене поширювали принизливу інформацію або фото/відео в мережі. 1 2 3 4 5
16. Мене навмисно ігнорували або виключали із групи однолітків. 1 2 3 4 5
17. Я відчував/відчувала страх або тривогу через переслідування з боку однолітків. 1 2 3 4 5

Блок 4. Використання соціальних мереж

18. Після перегляду стрічки новин або контенту в соціальних мережах мій настрій зазвичай погіршується. 1 2 3 4 5
19. Я регулярно порівнюю своє життя з тим, що бачу в соціальних мережах, і відчуваю незадоволення собою. 1 2 3 4 5
20. Я натрапляю в мережі на контент, що викликає відчай або думки про безвихідь. 1 2 3 4 5
21. Я проводжу в соціальних мережах більше часу, ніж планую, і не можу зупинитися. 1 2 3 4 5

22. Соціальні мережі є для мене основним джерелом спілкування та підтримки.

1 2 3 4 5

Блок 5. Академічний стрес

23. Я часто переживаю через навчальне навантаження та оцінки. 1 2 3 4 5

24. Я боюся не виправдати очікувань батьків щодо мого навчання. 1 2 3 4 5

25. Навчальні невдачі сприймаю як свідчення моєї особистісної неспроможності. 1 2 3 4 5

26. Мені складно поєднувати навчання з іншими сферами життя. 1 2 3 4 5

27. Я відчуваю постійне напруження через необхідність відповідати академічним вимогам. 1 2 3 4 5

Блок 6. Травматичний досвід (пов'язаний із воєнними обставинами)

28. Я безпосередньо постраждав/постраждала від воєнних дій (обстріли, евакуація, руйнування). 1 2 3 4 5

29. Серед моїх близьких є загиблі або поранені внаслідок збройного конфлікту. 1 2 3 4 5

30. Я був/була змушений/змушена змінити місце проживання через воєнні обставини. 1 2 3 4 5

31. Я переживаю постійну тривогу через загрозу обстрілів або повітряних тривог. 1 2 3 4 5

32. Мені здається, що моє життя вже ніколи не буде таким, як до війни. 1 2 3 4 5

33. Воєнні обставини зруйнували мої плани на майбутнє. 1 2 3 4 5

Обробка результатів: середній бал за кожним блоком обчислюється як середнє арифметичне відповідей на відповідні запитання. Пункти 2, 3, 5, 8, 10 є зворотними (перекодовуються: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1).