

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**
Гуманітарно-педагогічний факультет

УДК 37.013.42 : -504.4-022.326.5

ПОГОДЖЕНО

Декан гуманітарно-
педагогічного факультету
реабілітації

Савицька І.М.

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

завідувач кафедри
соціальної роботи та

Сопівник І.В.

« _____ » _____ 20__ р.

« _____ » _____ 20__ р.

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему
**Соціально-психологічна робота з первинної профілактики
суїцидальної поведінки підлітків**

Спеціальність *231 «Соціальна робота»*
Освітня програма *«Соціально-психологічна реабілітація»*
Орієнтація освітньої програми *«Освітньо-професійна»*

Гарант освітньої програми

Доктор педагогічних наук, професор Сопівник Ірина Віталіївна
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ПІБ)

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи

Доктор педагогічних наук, професор Сопівник Ірина Віталіївна
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ПІБ)

Виконала

(підпис)

Філіпова Єлизавета Вікторівна

(ПІБ студента)

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**
Гуманітарно-педагогічний факультет

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри соціальної роботи та реабілітації

Ірина СОПІВНИК.

(підпис) (ПІБ)

« ____ » _____ 2023 р.

**ЗАВДАННЯ
ДО ВИКОНАННЯ БАКАЛАВРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ
РОБОТИ**

Філіповій Єлизаветі Вікторівні

Спеціальність

231 «Соціальна робота»

Освітня програма

«Соціальна робота»

Тема магістерської кваліфікаційної роботи
**«СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПЕРВИННОЇ
ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ»**,
затверджена наказом ректора НУБіП України від «11» жовтня 2024 р.
№ 1825 «С»

Термін подання завершеної роботи на кафедру «10» листопада 2024 р.
Вихідні дані до магістерської кваліфікаційної роботи: наукові розробки
вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали періодичних видань; навчальна
та довідкова література з теми дослідження.

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Проаналізувати наукову літературу щодо первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків.
2. Розкрити основні фактори ризику та чинники, що сприяють виникненню суїцидальних думок і поведінки у підлітків.
3. Діагностувати схильність підлітків до суїцидальної поведінки.
4. Обґрунтувати та апробувати соціально-психологічну програму первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків.

Дати видачі завдання « ____ » _____ 2024 р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи _____ Ірина Сопівник
Завдання прийняла до виконання _____ Єлизавета Філіпова

ЗМІСТ

РЕФЕРАТ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	9
1.1. Сутність поняття «суїцид» та «суїцидальна поведінка».....	9
1.2. Детермінанти суїцидальної поведінки у підлітків.....	13
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ	18
РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	20
2.1. Форми і методи соціальної роботи із батьками підлітків, схильних до суїцидальної поведінки.....	20
2.2. Соціальна робота з референтною групою підлітків	23
2.3. Соціально-психологічна первинна профілактика підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, соціальним педагогом.....	27
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ	31
РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНА РОБОТА З РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ПЕРВИННОЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	33
3.1. Діагностика схильності підлітків до девіантної поведінки	33
3.2. Програма соціально-психологічної роботи з первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків	38
3.3. Аналіз результатів експериментальної роботи.....	45
ВИСНОВОК ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....	59
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	65
ДОДАТКИ	72

РЕФЕРАТ

Сьогодні в умовах трансформації українського суспільства, молодь, яка характеризується емоційною нестабільністю та імпульсивністю, часто опиняється в кризових ситуаціях, що загрожують психологічним дистресом. Перешкоди на шляху досягнення життєвих цілей із здійснення мрій здаються нездоланими, загострюючи проблему пошуку сенсу життя, викликаючи невпевненість у собі, особистісні та міжособистісні проблеми, які часто вирішуються шляхом позбавлення себе життя. Тому важливим є дослідження соціально-психологічних питань, пов'язаних з первинною профілактикою суїцидальної поведінки підлітків, оскільки спостерігається, що 1) за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, самогубство є другою провідною причиною смерті серед молоді віком 15-29 років; 2) самогубство є найпоширенішою причиною смерті серед підлітків віком 15-29 років; 3) психологічний стан підлітка - це період формування особистості та ставлення до життя. Хоча існує багато причин суїциду, психологічний стан підлітків є одним з основних чинників, що сприяє таким трагічним випадкам; 3) підлітковий вік - це період, коли формується особистість і ставлення до життя, і є ймовірність виникнення проблем із самооцінкою, невпевненості та нестабільності. Тому вивчення соціально-психологічних проблем, пов'язаних з первинною профілактикою підлітків, які перебувають у групі ризику самогубства, є важливим для розуміння причин суїциду та розробки ефективних стратегій профілактики самогубств.

У першому розділі, «Теоретичні аспекти соціально-психологічного профілактики підлітків, схильних до суїцидальної поведінки», було приділено увагу визначенню понять із досліджуваної теми – «суїцид» та «суїцидальна поведінка». Також було розглянуто та з'ясовано, що суїцидальна поведінка має як внутрішні, так і зовнішні форми вираження. Описано причини та особливості суїцидальної поведінки у підлітків. Проаналізовано та узагальнено мотиви, суїцидальні смисли та антисуїцидальні чинники, що сприяють зниженню суїцидальної поведінки у підлітків. Виявлено, що

основними психологічними детермінантами суїцидальної поведінки підлітків є емоційна нестабільність, занижена самооцінка, низька життєва цінність, наслідування, сугестивність, імпульсивність, безнадійність, безпорадність та стрес.

У другому розділі («Методичні засади соціально-психологічної профілактики підлітків, схильних до суїцидальної поведінки») у розділі висвітлено методи та форми соціальної роботи з батьками суїцидальних підлітків, а також соціальної роботи з референтними групами підлітків та соціально-педагогічної профілактики з боку соціальних педагогів. Надано рекомендації батькам і педагогам щодо роботи з підлітками, які демонструють суїцидальну поведінку.

На основі загалом інформації і методів, описаних у II розділі роботи, проведено декілька опитувань, результати якого описані у розділі III («Експериментальна робота з реалізації програми первинної соціально-психологічної профілактики підлітків, схильних до суїцидальної поведінки»).

Розроблено тренінг виявлення суїцидальної поведінки у підлітків та програму соціально-психологічних заходів з первинної профілактики суїцидальної поведінки. Було проведено тестування та анкетування за темами: депресія, тривожність, рівень дистресу, виявлення симптомів ПТСР. Зроблено висновок про важливість своєчасної та точної діагностики внутрішнього стану підлітків. Також запропоновано авторський тренінг соціально-психологічної первинної профілактики суїцидальних підлітків.

ВСТУП

Сучасне суспільство стикається зі значним зростанням випадків суїцидальної поведінки серед підлітків, що є серйозною соціально-психологічною проблемою. Згідно зі статистичними даними, підлітковий суїцид залишається однією з основних причин смертності серед молоді, що обумовлює необхідність розробки та впровадження ефективних методів первинної профілактики. Важливо враховувати, що підлітковий період супроводжується серйозними психологічними кризами, викликаними як

біологічними, так і соціальними змінами, що робить підлітків особливо вразливими до виникнення деструктивних настроїв та суїцидальних думок.

Підлітковий вік є критичним етапом розвитку особистості, під час якого відбуваються суттєві фізичні, емоційні та психологічні зміни. Цей період характеризується інтенсивним пошуком себе, формуванням ідентичності, розвитком соціальних стосунків та впливом різноманітних стресових факторів. У контексті цих змін суїцидальна поведінка серед підлітків є серйозною соціальною та психологічною проблемою, що викликає занепокоєння як на рівні сім'ї, так і суспільства в цілому.

Проблема суїцидальних тенденцій серед підлітків набула значного розголосу в останні десятиліття, що зумовлено не тільки зростанням кількості суїцидів серед молоді, але й необхідністю глибокого розуміння причин цього явища. Багато науковців присвятили свої дослідження вивченню детермінант суїцидальної поведінки, тобто факторів, які визначають і впливають на розвиток суїцидальних намірів у підлітковому віці. Розуміння цих факторів є ключовим для розробки ефективних профілактичних стратегій та заходів підтримки молоді.

Здійснюючи самогубство або демонструючи суїцидальну поведінку, підлітки не лише намагаються привернути до себе увагу, вони намагаються зробити так, щоб їхні погляди були почуті. Підлітки більш імпульсивні, гостріше реагують на те, що відбувається, і більш чутливі до всього, що відбувається навколо. Підлітки більш сприйнятливі до навіювання, а їхнє бажання наслідувати своїх кумирів та однолітків може призвести до суїцидальної поведінки.

Водночас пілотний моніторинг особливостей соціально-психологічної роботи з первинної профілактики підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, показує, що це питання залишається недостатньо вивченим. Брак наукових досліджень та практичного впровадження в цій сфері став стимулом для подальшого дослідження та визначення підходів до його розв'язання та

написання магістерської роботи на тему: «Соціально-психологічна робота з первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків».

Актуальність дослідження полягає в необхідності розробки соціально-психологічних програм первинної профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків. Вчасне виявлення та попередження факторів, що підвищують ризик суїцидальної поведінки, може значно зменшити її поширеність та наслідки для підлітків, їхніх сімей і соціального оточення.

Соціально-психологічна робота з первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків

Об'єктом дослідження є профілактика суїцидальної поведінки підлітків.

Предмет дослідження – програма соціально-психологічної роботи з первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків.

Мета дослідження – обґрунтувати програму соціально-психологічної роботи з первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків

Завдання дослідження:

5. Проаналізувати наукову літературу щодо первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків.
6. Розкрити основні фактори ризику та чинники, що сприяють виникненню суїцидальних думок і поведінки у підлітків.
7. Діагностувати схильність підлітків до суїцидальної поведінки.
8. Обґрунтувати та апробувати соціально-психологічну програму первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків.

Методи дослідження: теоретичний аналіз літератури — для дослідження існуючих підходів до профілактики суїцидальної поведінки; анкетування і опитування — для визначення рівня суїцидальних настроїв серед підлітків та основних факторів ризику; методи психологічного тестування — для оцінки емоційного стану, рівня тривожності, депресії та інших психологічних факторів, що впливають на суїцидальну поведінку; метод педагогічного експерименту — для апробації розробленої програми

профілактики та оцінки її ефективності; методи статистичного аналізу — для обробки результатів дослідження і перевірки гіпотез щодо ефективності програми.

Практична значущість роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки та впровадження програм первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків у школах, соціально-психологічних службах, центрах підтримки молоді та інших закладах. Розроблена програма може сприяти зниженню рівня суїцидальних настроїв серед підлітків, допомогти їм у подоланні емоційних криз та поліпшити їх соціально-психологічне благополуччя.

Структура роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, 4 діаграм, загальних висновків, списку використаних джерел у кількості 60 та 2 додатків. Основний зміст роботи викладений на 68 сторінках, загальний обсяг роботи становить 87 сторінки.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Сутність поняття «суїцид» та «суїцидальна поведінка».

Самогубство — це добровільне позбавлення себе життя, що зазвичай є наслідком важких емоційних або психологічних станів, таких як депресія, внутрішні конфлікти, стрес або психічні розлади. Термін «самогубство» походить від латинського слова "suicidium", що означає «вбивство себе». У науковому середовищі він був запроваджений філософом Томасом Брауном у XVII столітті. Браун у своїй праці "Religio Medici" вперше запропонував цей термін для позначення акту навмисного припинення власного життя.

Самогубство також можна розглядати як крайній прояв агресії, спрямованої на самого себе, або ж як наслідок сильних емоційних потрясінь, таких як почуття безвиході, самотності, втрати сенсу життя чи соціальної ізоляції. Дослідники зазначають, що більшість випадків самогубств є результатом складних емоційних переживань і психологічних розладів, таких як депресія, біполярні розлади, шизофренія тощо.

Тема самогубства викликала значний інтерес у багатьох західних науковців, які присвятили свої дослідження розумінню цього явища. Серед них варто відзначити таких видатних дослідників:

Одним із перших та найвпливовіших науковців, які присвятили свої дослідження темі самогубства, був французький соціолог Еміль Дюркгейм. У своїй праці «Самогубство: соціологічне дослідження» (1897 р.), Дюркгейм намагався пояснити самогубство не тільки з точки зору індивідуальної психології, але й з позицій соціальних факторів. Він висунув теорію, що рівень самогубств у суспільстві значною мірою залежить від рівня соціальної інтеграції та регуляції. Дюркгейм розрізняв чотири типи самогубств:

- Егоїстичне самогубство — виникає, коли індивід відчуває слабкий зв'язок із суспільством і соціальними групами.

- Альтруїстичне самогубство — відбувається, коли людина жертвує собою заради більшої групи або соціальної ідеї.
- Аномічне самогубство — є наслідком соціальних потрясінь або економічних криз, коли втрачаються соціальні норми.
- Фаталістичне самогубство — трапляється в умовах надмірної регуляції та контролю над життям індивіда. [22, с. 244].

Дюркгейм зробив значний внесок у розуміння соціальних аспектів самогубства, вважаючи його не лише індивідуальним вибором, а й результатом впливу соціального середовища.

Австрійський психоаналітик Зигмунд Фрейд також розглядав самогубство в контексті психоаналізу. Він вважав, що самогубство може бути наслідком внутрішнього конфлікту між свідомим і несвідомим. Фрейд припускав, що людське прагнення до смерті (інстинкт смерті або танатос) може домінувати над життєвими інстинктами (ерос), що зрештою може призвести до саморуйнівної поведінки. Фрейд також наголошував на важливості дитячих травм, стосунків із батьками та придушених почуттів у розвитку схильності до самогубства.

Американський психіатр Карл Меннінгер вніс значний вклад у вивчення природи самогубства, розробивши концепцію, яка поєднує психологічні та біологічні аспекти цього явища. У своїй книзі «Людина проти себе» (1938 р.), Меннінгер стверджував, що самогубство є результатом трьох основних мотивів: бажання вбити, бажання бути вбитим і бажання померти. Він також розробив психодинамічну модель, згідно з якою самогубство є наслідком агресії, спрямованої не на зовнішній об'єкт, а на самого себе. [11, с. 2].

Американський психолог Едвін Шнейдман вважається одним із засновників суїцидології — галузі науки, що займається вивченням самогубств. Він ввів термін «психач» для позначення нестерпного психічного болю, який є ключовим чинником суїцидальної поведінки. Шнейдман наголошував, що більшість самогубств відбуваються через неможливість знайти вихід із ситуації, яка викликає цей психічний біль, і вважав, що

важливою частиною профілактики самогубств є надання психологічної допомоги для полегшення страждань. [39]

Сучасний американський психолог Томас Джойнер розробив інтегративну теорію самогубства, відому як теорія міжособистісного-інтерактивного суїциду. Джойнер вважав, що самогубство є наслідком трьох основних компонентів: відчуття безпорадності, відчуження від суспільства та здатності до самогубства (тобто готовності піти на цей крок). Він також зазначав, що ці три фактори можуть розвиватися поступово і взаємодіяти один з одним, посилюючи ризик суїцидальних дій. [13, с. 12].

Поняття «суїцид» та «суїцидальна поведінка» є ключовими категоріями в психології, психіатрії та соціології, які стосуються актів самогубства або спроби самогубства. Самогубство – це складне і багатофакторне явище, яке має не лише особистісний, але й соціальний вимір. Для його розуміння важливо враховувати психологічні, соціальні, економічні, культурні та інші аспекти, що сприяють виникненню суїцидальних тенденцій у людини.

Суїцид (від латинського *suicidium* – самовбивство, *sui* – себе, *caedo* – вбивати) визначається як акт свідомого та навмисного позбавлення себе життя. Це крайній прояв аутоагресії, спрямований на повне і незворотне припинення власного існування. Суїцидальні акти можуть бути спричинені як гострим кризовим станом, так і накопиченням психологічних та життєвих труднощів.

Загалом, суїцид можна поділити на кілька різновидів залежно від мотивації, ситуаційних факторів та способу реалізації:

Суїцидальна поведінка – це складний комплекс дій, що включає в себе весь спектр від суїцидальних думок до конкретних дій, спрямованих на припинення власного життя. Дослідження показують, що суїцидальна поведінка має певну послідовність розвитку, яка зазвичай включає кілька основних етапів:

Суїцидальна ідеяція (думки про самогубство) – це початковий етап суїцидальної поведінки, коли людина роздумує над можливістю самогубства. Ці думки можуть варіюватися від абстрактних міркувань про смерть до

конкретних планів про те, як і коли вчинити суїцид. Важливо зазначити, що на цьому етапі суїцид ще не є невідворотним, і своєчасне втручання може змінити хід подій.

Суїцидальні наміри та плани – це більш серйозна стадія, на якій індивід починає активно планувати своє самогубство. Від думок людина переходить до конкретних дій: вона може розглядати різні способи, готуватися до самогубства, але ще не робить безпосередніх спроб.

Суїцидальні спроби – це дії, спрямовані на припинення життя. Специфіка спроби може бути різною: від демонстративних, коли людина не має наміру завершити життя, до справжніх спроб, що можуть призвести до летального результату.

Суїцидальні спроби іноді розділяють на "серйозні" та "демонстративні". *Серйозні спроби* спрямовані на справжнє самогубство і часто супроводжуються ретельною підготовкою та рішучістю. *Демонстративні спроби* можуть бути способом привернути увагу до своїх проблем або викликати реакцію з боку оточуючих, але в таких випадках людина не обов'язково має на меті завершити життя.

Причини суїциду є багатограними та можуть включати як індивідуальні, так і соціальні фактори. Основні чинники суїцидальної поведінки можна поділити на кілька груп:

Психологічні фактори: депресія, тривожні розлади, шизофренія, біполярні розлади, особистісні розлади (особливо пограничний тип). Часто самогубства відбуваються на тлі сильного психічного розладу, коли людина не бачить іншого виходу з ситуації.

Соціальні фактори: соціальна ізоляція, відсутність підтримки з боку близьких, самотність, конфлікти в родині або на роботі. Люди, які не мають міцних соціальних зв'язків, більш схильні до суїцидальної поведінки.

Економічні та життєві труднощі: бідність, фінансові проблеми, загальна нестабільність в житті можуть значно підвищити рівень стресу і стати тригером для розвитку суїцидальних настроїв.

Культурні та релігійні чинники: у деяких культурах самогубство може розглядатися як прийнятний вихід з критичних ситуацій. Однак у релігійних спільнотах, де самогубство засуджується, цей акт може бути рідкісним, хоча й не виключеним.

Біологічні фактори: дослідження показують, що спадкові чинники також можуть відігравати роль у розвитку схильності до суїцидальних дій. Зокрема, генетичні схильності до психічних розладів можуть підвищувати ризик суїциду.

Отже, суїцидальна поведінка - це добровільний акт зі смертельними наслідками, що є результатом незадоволеної психологічної потреби, яка запускає метаболізм. Компоненти суїциду включають суїцидальні ідеї, думки, наміри, паразитизм і завершення самогубства. Суїцидальна поведінка може бути демонстративною, емоційною або практичною. Існують психоаналітичний, поведінковий, екзистенційний та когнітивний підходи до опису суїцидальної поведінки.

1.2. Детермінанти суїцидальної поведінки у підлітків

По-перше, слід зазначити, що терміни «детермінанти» та «фактори» використовуються як синоніми. Суїцидальна поведінка - це психологічний феномен з багатьма детермінантами, кожна з яких може стати кінцевою точкою прийняття рішення про припинення страждань. Згідно з біопсихосоціальною теорією С. Рубінштейна, це явище є результатом взаємодії соціальних, біологічних і психологічних факторів [31, с. 25]. Вчені виділяють різні психологічні детермінанти виділяють різні психологічні детермінанти, які призводять до виникнення типів досліджуваного нами виду автоагресивної поведінки у підлітків. Найпоширеніші з них - емоційна нестабільність, самотність, занижена самооцінка, імпульсивність, безнадія, безпорадність, стрес, сугестивність, мімікрія та зниження цінності життя.

Емоційна нестабільність з дратівливістю та перепадами настрою є віковою особливістю підліткового віку і характеризується підвищеною чутливістю до будь-яких подій, частою зміною настрою з незначних причин, невмінням долати надмірне збудження та відсутністю сили волі, витримки і самоконтролю. Негативні емоційні переживання викликають у підлітка сильне напруження та дискомфорт. Нездатність контролювати свої емоції призводить до того, що людина починає зациклюватися на них, заглиблюватися у власний внутрішній світ і думати, що її життя нічого не варте і безплідне [7, с. 75]. Варто зазначити, що безнадійність, невпевненість і нездатність впоратися з труднощами можуть бути наслідком будь-якого дезадаптивного емоційного стану. Тому суїцид є виходом з деяких складних ситуацій і, головне, його значення полягає у знятті емоційного стресу, викликаного ними.

Підлітковий вік є одним з найскладніших періодів життя і, згідно з віковою класифікацією Г. Абрамової, відноситься до періоду від 11 до 17 років і поділяється на молодший, середній та старший вік. Цей період супроводжується низкою внутрішніх і зовнішніх конфліктів, які можуть призвести до суїцидальної поведінки, більшість з яких з'являються з 14 років і поступово зникають після 19 років. Це специфічна реакція, яка загострюється під час стресу та кризи. Проте всі зміни, які відбуваються в підлітковому віці, відіграють важливу роль у розвитку особистості, особливо самооцінки та самосвідомості. Підлітковий вік також характеризується емоційною невпевненістю, негативізмом, невпевненістю в собі та зростаючим усвідомленням суперечностей дорослого життя [34, с. 201].

Як відомо, підлітковий вік є одним з найскладніших періодів життя, коли молода людина проходить через значні фізіологічні, психологічні та соціальні зміни. Саме в цей період багато підлітків стикаються з викликами, що можуть негативно вплинути на їх емоційне та психологічне благополуччя.

Суїцидальна поведінка в підлітковому віці – це складне багатофакторне явище, яке потребує всебічного розгляду. Ми дослідили основні детермінанти,

або чинники, які сприяють розвитку суїцидальних намірів у підлітків, а також з'ясувати, як ці фактори впливають на їх психологічний стан.

Першим та найвагомим психологічним фактором є психічні розлади, зокрема **депресія**. За дослідженнями, до 80% підлітків, які скоїли спробу самогубства, страждали на депресію або інший психічний розлад. Депресія в підлітковому віці супроводжується такими симптомами, як безнадійність, постійне відчуття смутку, знижена самооцінка, апатія, що значно підвищує ризик розвитку суїцидальних думок. [6; с. 35]

Інші психічні розлади, такі як **тривожні розлади, біполярний афективний розлад, психотичні стани та посттравматичні стресові розлади (ПТСР)**, також значно впливають на схильність підлітків до суїцидальної поведінки. Тяжкість емоційного стану та відсутність психологічної підтримки збільшують ймовірність суїцидальних думок.

Психологічні травми, отримані внаслідок насильства, булінгу або втрати близької людини, суттєво підвищують ризик суїциду. Для багатьох підлітків ці події стають джерелом тривалого стресу, з яким вони не завжди здатні впоратися самостійно. Травматичний досвід створює відчуття безпорадності, провокуючи пошук виходу у вигляді суїцидальних намірів.

Деякі підлітки страждають від **перфекціонізму** – прагнення до досконалості у всіх аспектах життя. Постійні невдачі, навіть незначні, можуть викликати у таких підлітків сильний стрес і відчуття власної неповноцінності. В умовах високих вимог до себе та соціального тиску, перфекціонізм може призвести до депресивних станів та суїцидальних думок.

Якщо ми будемо говорити за «травлю» підлітка зі сторони соціуму, то одним із найсильніших соціальних факторів є **булінг** – переслідування або знущання, що може мати як фізичну, так і психологічну форму. Особливо значну роль сьогодні відіграє **кібербулінг** – агресія через інтернет та соціальні мережі. Жертви булінгу часто стикаються з соціальною ізоляцією та приниженням, що викликає глибоке почуття безпорадності. У багатьох

випадках постійні атаки на особистість призводять до суїцидальних дій. [6; с. 35]

Сімейне оточення має великий вплив на психічне здоров'я підлітка. **Конфлікти в сім'ї, емоційне або фізичне насильство**, а також **відсутність підтримки** з боку батьків можуть створювати сприятливе середовище для розвитку суїцидальних тенденцій. Коли підліток не знаходить розуміння і підтримки вдома, він починає відчувати себе ізольованим та самотнім. [12, 9]

Також вплив мають біологічні детермінанти, а саме: генетична схильність може відігравати роль у розвитку суїцидальних намірів. Дослідження показали, що в сім'ях, де були випадки суїциду, підлітки мають підвищений ризик подібної поведінки. Генетичні фактори можуть впливати на хімічний баланс мозку, що підвищує вразливість до депресивних розладів і суїцидальних думок. Не слід забувати про те, що підлітковий період супроводжується суттєвими **гормональними змінами**, які можуть впливати на емоційний стан. Коливання рівня гормонів, таких як естроген і тестостерон, можуть призводити до різких змін настрою, емоційної нестабільності та підвищеної схильності до імпульсивних рішень, включаючи суїцидальні дії.

Медіа та соціальні мережі відіграють значну роль у формуванні свідомості підлітків. Деякі медіапродукти, які **романтизують суїцид**, можуть створювати небезпечний вплив на молодь. Відомі випадки, коли серіали або фільми провокували суїцидальні спроби серед підлітків, які ідентифікували себе з героями. Окрім того, у соціальних мережах поширюються небезпечні виклики або групи, де суїцидальна поведінка обговорюється як спосіб вирішення проблем.

Ще одним психологічним чинником суїцидальної поведінки є самотність - емоційне переживання незадоволеної суб'єктивно важливої потреби в міжособистісній взаємодії з іншими людьми. Це сприяє розвитку самосвідомості і є новим явищем у підлітковому віці. Підлітки хочуть бути відокремленими від самих себе і водночас належати до певної групи. Якщо розглядати самотність як брак соціальної взаємодії, то вчені аналізують її з

двох боків. З одного боку, вона необхідна підліткам для усвідомлення себе і рефлексії над своєю ситуацією, тобто як позитивне явище; з іншого боку, вона може сприяти суїциду. Дослідниця І. Кон, яка підтримує першу точку зору, зазначає, що самотність виникає тоді, коли індивід починає усвідомлювати свою унікальність та неповторність по відношенню до невизначеного «Я». Натомість Є. Рогова вважає, що підлітки відчують самотність, коли їхнє бажання реалізувати свою індивідуальність не задовольняється [27, с. 3]. Якщо вони не отримують підтримки та розуміння від батьків і не мають друзів зі спільними інтересами, то починають відчувати себе самотніми, з'являється відчуття власної непотрібності та покинутості. Суїцидальні тенденції виникають тоді, коли підлітки не можуть контролювати свою поведінку або не мають навичок саморегуляції. Самотність спричиняє зміни у звичному житті людини та впливає на її діяльність. Цей психологічний феномен особливо яскраво проявляється у віртуальному світі, де люди відчують потребу відключитися від реальних стосунків. Молоді люди, які мають бажання ділитися своїми негативними переживаннями з людьми через соціальні мережі, можуть зіткнутися з інформацією про позитивні сторони суїциду. Іншими словами, він дуже чутливий до таких даних, що проявляються в його суб'єктивності. Інші можуть скористатися його душевним станом, щоб пропагувати самогубство як своєрідну норму і таким чином підштовхнути молоду людину до свідомих дій. Імітація проявляється в наслідуванні певних моделей поведінки, знаменитостей чи персонажів літературних творів. Прикладом є ефект Вертера, запропонований Девідом Філіпсом для опису імітаційного суїциду [30, с. 112].

На завершення, детермінанти суїцидальної поведінки у підлітків є складними і багатофакторними. Психологічні, соціальні, біологічні та культурні аспекти тісно переплітаються і впливають на кожного підлітка індивідуально. Розуміння цих детермінантів дозволяє нам розробляти ефективні стратегії профілактики та підтримки молоді.

Головною метою для батьків, освітян, психологів і соціальних працівників є створення сприятливого середовища, в якому підлітки зможуть отримати емоційну підтримку, допомогу та розуміння. Лише за таких умов можна зменшити кількість випадків суїцидальної поведінки та допомогти молоді справитися з кризовими ситуаціями у їхньому житті.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

У ході дослідження наукових праць, присвячених вивченню психологічних факторів, що впливають на суїцидальну поведінку підлітків, було розкрито основні поняття, принципи та характеристики суїциду в рамках як вітчизняної, так і зарубіжної психологічної науки. Ці дані дозволили створити повне уявлення про явище суїциду.

1. З'ясовано, що суїцидальна поведінка є свідомим і добровільним вчинком, що має свою структуру, до якої входять суїцидальні думки, планування, наміри, демонстраційні акти та завершений суїцид. Виділяють кілька типів такої поведінки: демонстративна, емоційно забарвлена та оригінальна. Психологічні школи по-різному трактують причини суїциду, єдиного підходу в цій темі не існує.

2. Серед важливих особливостей підлітків, що підвищують ризик формування суїцидальних тенденцій, можна виділити недостатнє усвідомлення цінності життя, схильність створювати уявний ідеальний світ, який протиставляється реальності, а також страх смерті без реального розуміння її наслідків.

3. Необхідно проаналізувати та узагальнити мотиви, що спонукають до суїциду, а також вивчити антисуїцидальні фактори, які можуть допомогти зменшити рівень суїцидальної поведінки серед підлітків.

4. Серед основних психологічних чинників, що сприяють формуванню суїцидальної поведінки в підлітковому віці, можна виділити емоційну нестабільність, низьку самооцінку, відсутність життєвих цінностей,

наслідувальну поведінку, вплив навіювання, імпульсивність, стан безвиході та безпорадності, підвищену тривожність та інші.

На нашу думку, рівень емоційної стійкості відіграє ключову роль у розвитку відчуття самотності, що, в свою чергу, знижує самооцінку та збільшує схильність до суїцидальної поведінки. Чим нижча емоційна стійкість, тим більший ризик відчуття самотності та погіршення самооцінки. Однак, крім цього, існують й інші внутрішні та зовнішні фактори, які також можуть впливати на появу самотності й зниження самооцінки, що ускладнює точне визначення домінуючих чинників і розстановку їхньої пріоритетності.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1.Форми і методи соціальної роботи із батьками підлітків, схильних до суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка серед підлітків є однією з найбільших проблем сучасного суспільства, яка потребує комплексного підходу у вирішенні. Особливу роль у профілактиці та подоланні суїцидальних тенденцій у підлітків відіграють батьки, оскільки родинне оточення є основним фактором впливу на емоційний стан молодшої людини. Ефективна соціальна робота з батьками підлітків, схильних до суїцидальних проявів, передбачає використання різних форм і методів, які дозволяють забезпечити підтримку, освіту та залучення батьків до процесу вирішення проблем [4. 17].

Метою цього розділу є дослідження різних форм та методів соціальної роботи з батьками підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, а також аналіз ефективності цих підходів у запобіганні суїцидальних тенденцій.

Соціальна робота з батьками підлітків є невід'ємною частиною системи профілактики суїцидальної поведінки. Батьки часто є першими, хто може помітити зміни у поведінці своїх дітей, які можуть сигналізувати про наявність суїцидальних намірів. Проте для цього їм необхідно мати певні знання та навички, які допоможуть вчасно розпізнати небезпеку та звернутися за допомогою.

Успішність профілактичної роботи значною мірою залежить від того, наскільки ефективно батьки залучені до цього процесу. Вони повинні розуміти важливість емоційної підтримки, взаємодії з дитиною, а також бути готовими до співпраці з фахівцями – психологами, соціальними працівниками.

Соціальна робота з батьками підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, реалізується через різноманітні форми, які можуть включати індивідуальні консультації, групові заняття, тренінги, просвітницькі програми та сімейні сесії. Розглянемо основні з них.

Однією з найбільш поширених форм соціальної роботи з батьками є *індивідуальні консультації*. Вони надають можливість батькам отримати персоналізовану підтримку та поради щодо виховання підлітка, що виявляє ознаки суїцидальної поведінки. Консультації допомагають батькам зрозуміти причини емоційних проблем дитини, визначити можливі тригери суїцидальних думок і розробити стратегії реагування на кризові ситуації.

Під час індивідуальних зустрічей соціальний працівник разом із психологом можуть допомогти батькам краще зрозуміти психічний стан їхньої дитини та навчити їх комунікативних навичок для підтримки відкритого діалогу з підлітком. Крім того, фахівці надають поради щодо того, як зменшити рівень стресу в сім'ї та створити позитивний емоційний клімат.

Групові заняття є ще однією важливою формою роботи з батьками. Вони дозволяють створити атмосферу взаємної підтримки, де батьки можуть ділитися своїм досвідом, обговорювати труднощі та отримувати поради не лише від фахівців, але й від інших батьків, що стикаються з подібними проблемами.

Тренінги для батьків, спрямовані на розвиток їхніх навичок комунікації та емоційної підтримки, є особливо ефективними. Вони допомагають навчити батьків розпізнавати тривожні сигнали у поведінці підлітків, реагувати на них правильно та ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. Тематика тренінгів може включати такі теми, як управління конфліктами у сім'ї, психологічна стійкість, методи подолання кризових станів у підлітковому віці.

Просвітницькі програми спрямовані на підвищення обізнаності батьків щодо проблем суїцидальної поведінки серед підлітків. Вони можуть включати лекції, семінари, інформаційні кампанії, підготовлені соціальними працівниками спільно з психологами та медичними фахівцями. Просвітницькі заходи допомагають батькам краще розуміти психічні та емоційні особливості підлітків, а також дізнатися про методи профілактики суїциду.

Такі програми часто розробляються на основі сучасних наукових даних та охоплюють не лише теоретичні аспекти, але й практичні поради, які батьки

можуть застосовувати у повсякденному житті. Важливою частиною просвітницьких програм є також навчання батьків методам саморегуляції емоцій, адже стрес батьків впливає на емоційний стан дітей.

Сімейна терапія є однією з ключових форм соціальної роботи у випадках, коли суїцидальні тенденції у підлітка викликані або посилюються сімейними проблемами. Ця форма роботи спрямована на покращення взаємодії всередині родини, вирішення конфліктів та зміцнення емоційних зв'язків між членами сім'ї.

Сімейна терапія допомагає батькам зрозуміти свої взаємовідносини з підлітком та виявити ті аспекти сімейної взаємодії, які можуть бути деструктивними для психічного здоров'я дитини. У процесі роботи з терапевтом сім'я разом шукає шляхи до побудови гармонійних стосунків та розвитку підтримуючої атмосфери вдома.

У соціальній роботі з батьками підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, застосовуються різноманітні методи, що дозволяють ефективно вирішувати проблеми та залучати батьків до процесу профілактики. Ми підібрали декілька *методів соціально-психологічної роботи з батьками*, а саме:

Психоедукація є одним із ключових методів соціальної роботи, який полягає у навчанні батьків основ психологічної підтримки та підвищенні їхньої обізнаності про суїцидальну поведінку. Завдяки психоедукації батьки отримують необхідні знання про те, як розпізнавати перші ознаки суїцидальних думок у підлітків, а також про основні методи профілактики.

Психоедукаційні програми можуть включати тренінги, лекції та інформаційні матеріали, що пояснюють, як знижувати рівень стресу та тривоги в сімейному середовищі, підтримувати емоційний контакт з дитиною та реагувати на її потреби.

Активне слухання є важливим методом, який соціальні працівники використовують для навчання батьків ефективної комунікації з підлітками.

Батьки вчать слухати своїх дітей без осуду, проявляючи емпатію та підтримку, що створює умови для відкритого діалогу і довіри.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із методів, що застосовується як у роботі з підлітками, так і з їхніми батьками. КПТ дозволяє батькам змінювати свої когнітивні установки щодо поведінки дитини, розуміти її емоційні переживання та навчитися реагувати на проблеми конструктивно.

Соціально-психологічна робота з батьками підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, є важливою складовою профілактичної діяльності, спрямованої на зменшення кількості суїцидальних випадків. Ефективне використання різних форм і методів соціальної роботи допомагає батькам отримати необхідні знання, навички та емоційну підтримку, що дозволяє їм бути більш підготовленими до вирішення кризових ситуацій у сім'ї.

Комплексний підхід, що включає індивідуальні консультації, групові заняття, просвітницькі програми та сімейну терапію, дозволяє створити сприятливі умови для емоційного розвитку підлітка та зміцнення родинних взаємин.

2.2. Соціальна робота з референтною групою підлітків

Соціальна робота з підлітками є складним і багатограним процесом, який потребує врахування не лише особистісних, а й соціальних чинників, що впливають на поведінку та розвиток молоді. Одним із ключових елементів у житті підлітків є референтна група — група однолітків або близьке оточення, яке виконує роль морального та поведінкового орієнтиру. Референтна група справляє суттєвий вплив на підлітка, формуючи його погляди, цінності, стиль поведінки та сприйняття світу.

Соціальна робота з референтними групами підлітків спрямована на формування здорового соціального середовища, розвиток навичок конструктивної взаємодії та профілактику девіантної поведінки. У цьому

розділі буде розглянуто, як взаємодіяти з референтними групами в контексті соціальної роботи, а також які методи та підходи використовуються для ефективної підтримки та виховання підлітків у цьому соціальному контексті.

У період підліткового віку відбуваються суттєві зміни в психічному та емоційному розвитку, що супроводжується зміною пріоритетів та цінностей. Підлітки все більше звертають увагу на свою соціальну роль та статус серед однолітків. У цей час референтна група, яка часто складається з друзів, однолітків або колективу, з яким підліток проводить значну кількість часу, стає важливим джерелом підтримки та впливу на його рішення.

Референтні групи виконують кілька важливих функцій:

1. **Підтримка ідентичності.** Через референтну групу підлітки визначають свої особистісні характеристики, соціальну роль, належність до певної групи.

2. **Формування соціальних навичок.** Взаємодія з однолітками дозволяє підліткам розвивати комунікативні та міжособистісні навички.

3. **Вплив на поведінку.** Підлітки часто адаптують свою поведінку до норм і правил, прийнятих у референтній групі, що може як сприяти позитивному розвитку, так і стати джерелом проблемної поведінки.

Негативний вплив референтної групи може бути пов'язаний з девіантною поведінкою, залученням до асоціальних або ризикованих дій, наприклад, вживанням психоактивних речовин, агресією або суїцидальними проявами. Саме тому соціальні працівники мають активно працювати з цими групами, щоб сприяти позитивному впливу на підлітків.

Ми виділили основні напрями соціальної роботи з референтними групами підлітків, а саме:

Соціальна робота з референтною групою підлітків охоплює кілька ключових напрямів. Вона включає як профілактичні заходи, спрямовані на формування здорового оточення, так і інтервенційні підходи у разі виявлення девіантної або небезпечної поведінки.

Одним із головних завдань соціальної роботи є *створення умов*, за яких референтна група буде мати позитивний вплив на підлітка. Це досягається через організацію спільних заходів, проектів, групових сесій та тренінгів, що сприяють розвитку здорових взаємин між підлітками.

Соціальні працівники можуть організовувати тематичні заходи на основі інтересів групи: спортивні змагання, творчі проекти, навчальні семінари тощо. Це дозволяє підліткам не лише цікаво проводити час, а й розвивати вміння працювати в команді, підтримувати один одного, конструктивно вирішувати конфлікти.

Залучення підлітків до участі у соціально значущих проектах допомагає розвинути у них *відчуття відповідальності* за власні дії та поведінку оточуючих. Соціальна робота з референтною групою може включати волонтерські проекти, участь у благодійних акціях, допомогу місцевим громадам. Такі заходи сприяють розвитку емпатії, взаємопідтримки та соціальної відповідальності.

Лідери референтної групи мають великий вплив на інших підлітків, тому робота з ними є важливим аспектом соціальної роботи. Лідери можуть направляти інших підлітків як у позитивне, так і в негативне русло, тому соціальний працівник повинен ідентифікувати лідерів у групі та залучати їх до активної співпраці.

Підготовка лідерів до ролі відповідальних і позитивних учасників групи може включати спеціальні тренінги з розвитку лідерських якостей, конфліктології, навичок вирішення проблем і комунікації. Крім того, лідери можуть бути залучені до організації різних заходів та підтримки молодших членів групи.

Для досягнення позитивного результату в роботі з референтними групами підлітків соціальні працівники використовують різноманітні методи, спрямовані на формування згуртованої, відповідальної та соціально активної групи.

Групова терапія дозволяє підліткам обговорювати свої проблеми, ділитися емоціями та досвідом у безпечному середовищі. Соціальний працівник може виступати модератором таких групових зустрічей, допомагаючи учасникам вирішувати конфлікти, висловлювати свої переживання та шукати шляхи виходу з кризових ситуацій.

Групова терапія також сприяє зміцненню зв'язків між членами групи та створенню відчуття підтримки й розуміння, що особливо важливо в підлітковому віці.

Тренінги є важливим інструментом у роботі з референтними групами, оскільки вони допомагають розвивати навички комунікації, вирішення конфліктів, емоційної регуляції та лідерства. Тренінги можна проводити як для всієї групи, так і для окремих її членів, залежно від їхньої потреби у розвитку певних навичок.

Семінари на різні теми, зокрема психічне здоров'я, управління емоціями, соціальна відповідальність, сприяють підвищенню обізнаності підлітків і стимулюють до позитивних змін у їхній поведінці.

Наставництво — це метод, який передбачає залучення старших підлітків або дорослих до ролі наставників для молодших учасників групи. Соціальні працівники можуть організовувати програми наставництва, де більш досвідчені підлітки допомагають своїм одноліткам адаптуватися до соціального життя, вирішувати особистісні проблеми та розвивати соціальні навички.

Попри значні переваги роботи з референтними групами, цей процес має низку викликів, які можуть ускладнювати досягнення позитивних результатів. Серед основних проблем — низький рівень мотивації підлітків до участі у соціальних програмах, негативний вплив оточення поза групою, конфлікти всередині групи та опір змінам.

Одним із найбільших викликів є робота з групами, які вже сформували негативні установки, наприклад, через вплив субкультур або асоціальних моделей поведінки. У таких випадках соціальний працівник повинен виявити

максимальну гнучкість і терпіння, використовувати індивідуальний підхід та залучати додаткові ресурси для корекції поведінки групи.

Соціальна робота з референтними групами підлітків є важливою складовою профілактичної та виховної діяльності, спрямованої на формування позитивної соціальної поведінки та попередження девіантних проявів. Референтна група, як впливовий соціальний фактор, може як підтримувати, так і негативно впливати на підлітків, тому соціальні працівники повинні сприяти створенню здорового соціального середовища.

Завдяки комплексному підходу, що включає групову терапію, тренінги, наставництво та залучення лідерів груп, соціальні працівники можуть створити умови для розвитку позитивної поведінки серед підлітків та формування здорових соціальних зв'язків.

2.3. Соціально-психологічна первинна профілактика підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, соціальним педагогом

Проблема суїцидальної поведінки підлітків є однією з найсерйозніших у сучасному суспільстві. За даними різних досліджень, саме підлітковий вік є періодом найбільшої емоційної вразливості, що значно збільшує ризики суїцидальних намірів. Соціальний педагог відіграє важливу роль у профілактиці таких проявів, адже він має безпосередній доступ до підліткових груп, може впливати на їх емоційний стан та вчасно виявляти небезпечні сигнали.

Первинна профілактика є одним із найбільш ефективних засобів запобігання суїцидальним настроям у підлітків. Вона спрямована на попередження можливих ризиків через формування в підлітків здорових соціально-психологічних навичок, емоційної стійкості та навичок подолання стресу. У цьому розділі буде розглянуто основні аспекти первинної профілактики підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, методи, що

використовуються соціальними педагогами, та особливості їхньої діяльності в цьому напрямку.

Первинна профілактика — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання розвитку проблеми ще до її виникнення. У контексті суїцидальної поведінки підлітків, первинна профілактика охоплює широку програму дій, спрямованих на усунення причин, які можуть сприяти виникненню суїцидальних намірів та вчинків. Вона включає роботу з емоційною сферою підлітків, навчання їх ефективним способам вирішення конфліктів, розвиток соціальної підтримки та зміцнення психологічної стійкості.

Основними завданнями первинної профілактики є:

- Попередження виникнення суїцидальних думок через розвиток навичок емоційної саморегуляції.
- Формування в підлітків стійких життєвих цінностей та позитивної самооцінки.
- Розвиток у молоді вміння справлятися зі стресом, не вдаючись до саморуйнівних дій.
- Створення сприятливого середовища для соціальної підтримки.

Соціальний педагог виступає як ключова фігура в цій роботі, використовуючи різні методи соціально-психологічної допомоги для профілактики суїцидальної поведінки.

Соціальний педагог є посередником між підлітком, його соціальним оточенням (сім'я, школа, однолітки) та професійними інституціями, що можуть надавати підтримку (психологи, медики). Він має унікальну можливість впливати на розвиток підлітка через щоденну взаємодію та активну участь у його житті. У процесі первинної профілактики суїцидальної поведінки соціальний педагог виконує декілька важливих функцій:

Соціальний педагог часто є першою людиною, яка може помітити зміни в поведінці підлітка, що вказують на емоційні або психологічні проблеми. Для цього він повинен мати високий рівень обізнаності про ознаки суїцидальних

настроїв, такі як ізоляція, депресивні стани, різкі зміни настрою, втеча від соціальних контактів, зміни у шкільній успішності тощо.

Однією з найважливіших функцій соціального педагога є *створення довірливих стосунків із підлітками*. Соціальний педагог повинен мати навички активного слухання, емпатії та вміння встановлювати контакт на рівні, який би дозволяв підлітку відчувати себе почутим та зрозумілим. Це дозволяє вчасно виявляти проблеми та пропонувати підтримку.

Соціальні педагоги працюють над розвитком в учнів *навичок подолання стресових ситуацій*. Вони можуть організовувати тренінги з управління стресом, допомагати підліткам розпізнавати та контролювати свої емоції, навчати їх методам релаксації, а також підтримувати їх у процесі соціальної адаптації.

Соціальний педагог використовує різні методи для забезпечення ефективної первинної профілактики суїцидальної поведінки. Серед них можна виділити:

Індивідуальні консультації є одним із найбільш ефективних методів профілактики, адже дозволяють соціальному педагогу зосередитися на конкретних потребах підлітка, аналізувати його емоційний стан та допомагати у вирішенні проблем. Індивідуальні зустрічі дають можливість соціальному педагогу створити атмосферу довіри та підтримки, що є особливо важливим для підлітків із суїцидальними нахилами.

Групові форми роботи, такі як тренінги та інтерактивні заняття, є ефективними для розвитку соціальних навичок, підвищення рівня соціальної інтеграції та формування здорової групової динаміки серед підлітків. Темі тренінгів можуть включати управління емоціями, розвиток стресостійкості, навички комунікації, вирішення конфліктів, самоприйняття та формування позитивної самооцінки.

Просвітницька діяльність є важливою частиною профілактики, оскільки вона допомагає підліткам та їхнім батькам краще розуміти проблему суїцидальної поведінки та способи її уникнення. Соціальний педагог

організовує зустрічі з психологами, медиками та іншими фахівцями, проводить лекції та семінари для підлітків і їхніх батьків щодо важливості підтримки та взаєморозуміння у родині.

Соціальний педагог не завжди може самостійно надати повноцінну підтримку, тому важливою є співпраця з психологами, лікарями та іншими фахівцями. Це дозволяє забезпечити комплексний підхід до роботи з підлітком і його сім'єю, а також своєчасно втручатися у разі кризових ситуацій.

Профілактика у взаємодії з сім'єю. Сім'я відіграє важливу роль у профілактиці суїцидальної поведінки підлітків. Соціальний педагог проводить роботу з батьками, допомагаючи їм зрозуміти потреби та переживання дитини, навчитися правильно реагувати на її емоції та підтримувати у складні моменти.

Профілактика у взаємодії з сім'єю включає:

- Психологічне консультування батьків з метою підвищення їхньої компетентності у вихованні.
- Навчання батьків навичкам конструктивної комунікації та емоційної підтримки.
- Проведення зустрічей з батьками для обговорення проблем і ризиків суїцидальної поведінки.

Соціально-психологічна первинна профілактика підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, є надзвичайно важливим напрямом діяльності соціального педагога. Її мета полягає у створенні безпечного середовища, де підлітки можуть отримати підтримку та навчитися ефективно долати життєві труднощі, що знижує ризик суїцидальних намірів.

Соціальний педагог, використовуючи різні методи профілактики, сприяє розвитку емоційної стійкості, підвищенню самооцінки та формуванню позитивного світогляду у підлітків, що є ключовим елементом у запобіганні суїцидальній поведінці.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Аналіз теми суїцидальної поведінки підлітків у контексті соціальної роботи та профілактики підтверджує актуальність проблеми, з якою стикається сучасне суспільство. Підлітковий вік є надзвичайно складним періодом, коли особистість переживає інтенсивні емоційні зміни, внутрішні конфлікти та зіштовхується з необхідністю адаптації до соціальних вимог. Низка факторів, таких як емоційна нестабільність, низька самооцінка, труднощі в спілкуванні, стресові ситуації та негативний вплив оточення, можуть провокувати схильність підлітків до суїцидальних думок та поведінки.

Соціальна робота з підлітками, схильними до суїцидальної поведінки, є комплексним і багаторівневим процесом, який вимагає від соціальних педагогів, психологів та інших фахівців не лише професійних знань, але й глибокого розуміння особливостей підліткової психології. У ході роботи важливо поєднувати методи індивідуального консультування, групової роботи та профілактичних заходів, спрямованих на формування здорової соціальної поведінки та стійкості до життєвих труднощів.

Значну роль у профілактиці суїцидальної поведінки відіграє робота з батьками підлітків, оскільки сімейне оточення є ключовим чинником емоційного стану та благополуччя дитини. Налагодження ефективної комунікації між підлітками та їхніми батьками, навчання батьків навичкам емоційної підтримки та підвищення їхньої психологічної компетентності є важливою частиною соціально-педагогічної роботи.

Окрему увагу слід приділяти соціальній роботі з референтними групами підлітків. Група однолітків відіграє величезну роль у формуванні поглядів і поведінкових моделей підлітків, тому соціальні працівники повинні активно співпрацювати з цими групами, впливаючи на їхні ціннісні орієнтири, спрямовуючи їх до позитивної соціальної взаємодії та коригуючи можливі девіантні моделі поведінки.

Одним із ключових напрямів діяльності є *соціально-психологічна первинна профілактика*, яка передбачає впровадження заходів для попередження розвитку суїцидальних настроїв ще на початкових етапах. Це включає як індивідуальну роботу з підлітками, так і групові заняття, тренінги, просвітницькі кампанії серед підлітків та їхніх батьків, а також тісну співпрацю з психологами та іншими спеціалістами.

Таким чином, ключовими аспектами соціальної роботи з підлітками, схильними до суїцидальної поведінки, є:

1. *Виявлення ризиків* на ранніх стадіях, що дозволяє своєчасно надати необхідну підтримку.
2. *Індивідуальний підхід* до кожного підлітка з урахуванням його психологічних та соціальних особливостей.
3. *Групова робота* та активна співпраця з референтними групами для формування позитивного впливу.
4. *Взаємодія з сім'єю* та навчання батьків навичкам конструктивного спілкування з дітьми.
5. *Первинна профілактика*, яка спрямована на попередження проблем і забезпечення психологічного благополуччя підлітків.

Соціальна робота із підлітками, схильними до суїцидальної поведінки, потребує комплексного, системного підходу, що включає роботу на індивідуальному, груповому та соціальному рівнях. За допомогою соціально-педагогічних методів та залучення додаткових ресурсів можливо створити умови для гармонійного розвитку підлітків, зниження ризиків суїцидальної поведінки та формування здорової соціальної взаємодії.

РОЗДІЛ III. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНА РОБОТА З РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ПЕРВИННОЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Діагностика схильності підлітків до девіантної поведінки

У підлітковому віці значна частина молоді стикається з особистісними і психологічними проблемами, які можуть провокувати девіантну поведінку, зокрема суїцидальні думки та спроби, агресивні прояви, залежності. Відповідно, важливим завданням є діагностика схильності підлітків до девіантної поведінки. Науковці відзначають, що основними факторами ризику є психологічні стани, які виникають внаслідок емоційного навантаження, труднощів у соціалізації або сімейних конфліктів. До них належать депресія, психологічний дистрес, тривожність і посттравматичний синдром (ПТСР).

Метою даної експериментальної роботи є визначення рівня депресії, психологічного дистресу, тривожності та посттравматичного синдрому. А також встановлення кореляційних та причинно-наслідкових зв'язків між цими психологічними явищами. Учасниками дослідження стали учні 9-х класів Васильківської Гімназії (ЗОШ I-III ст. №8) віком 13-14 років. Всього в емпіричному дослідженні взяли участь 40 осіб.

Дослідження за цією темою мало на меті вирішення кількох завдань:

1. Організація дослідження та підбір психодіагностичного інструментарію для визначення рівня депресії, психологічного дистресу, тривожності та посттравматичного синдрому що сприяє суїцидальній поведінці у молоді.

2. Діагностика рівня депресії, психологічного дистресу, тривожності та посттравматичного синдрому

3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів, формулювання відповідних висновків та розробка тренінгу щодо первинної профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

Депресія є одним із найвагоміших предикторів суїцидальної поведінки серед підлітків. Вона характеризується відчуттям безнадії, низькою самооцінкою, відсутністю інтересу до повсякденного життя, апатією та зниженням енергії. Відповідно до досліджень, підлітки, які страждають від депресивних симптомів, частіше схильні до негативних думок про себе та свою майбутність, що може призводити до суїцидальних настроїв. Для діагностики депресії у підлітків ми здійснювали за допомогою **шкалу депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)** — використовується для оцінки рівня депресивних станів. Діагностування депресії дозволяє не тільки виявити групу ризику, але й розпочати своєчасне психотерапевтичне втручання.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) — це інструмент, створений для оцінки рівня депресії у дорослих і підлітків. Вперше розроблена Аароном Беком у 1961 році, BDI містить 21 питання, кожне з яких описує симптоми депресії, такі як відчуття провини, песимізм, втома, суїцидальні думки, порушення сну та апетиту. Структура та оцінка: Кожне питання має 4 варіанти відповіді (від 0 до 3 балів), які відображають ступінь вираженості симптому. Максимальна оцінка — 63 бали. Загальні результати розподіляються так: 0–9 балів — мінімальні прояви депресії; 10–18 балів — легка депресія; 19–29 балів — помірна депресія; 30–63 бали — важка депресія.

Шкала використовується для первинного скринінгу, моніторингу під час лікування та дослідницьких цілей. BDI визнана надійною та валідною, проте не виявляє причин депресії і залежить від суб'єктивних відповідей респондента. Шкала депресії Бека є простим і широко застосовуваним методом для оцінки депресивних станів у клінічній практиці.

Психологічний дистрес включає широкий спектр негативних емоційних станів: відчуття тривоги, напруги, стресу. Стан дистресу в підлітків може виникати під впливом складних життєвих обставин, як-от конфлікти в сім'ї або з однолітками, високий рівень академічного навантаження. У багатьох

випадках психологічний дистрес стає чинником розвитку девіантної поведінки, зокрема суїцидальної.

Для діагностики рівня дистресу ми використовували: **шкалу психологічного дистресу (Kessler Psychological Distress Scale, K10)**, яка оцінює інтенсивність симптомів.

Шкала психологічного дистресу Кесслера (K10) — це інструмент для оцінки рівня загального психологічного дистресу, розроблений Рональдом Кесслером. Шкала використовується для виявлення інтенсивності симптомів, пов'язаних із тривожністю та депресією, і є популярною в психодіагностиці для скринінгу психічного стану дорослих та підлітків.

Шкала складається з 10 запитань, кожне з яких оцінює, як часто респондент відчував певні симптоми (наприклад, нервозність, неспокій, безнадійність, втому) протягом останніх 4 тижнів. Варіанти відповідей мають 5 рівнів (від "ніколи" до "постійно"), оцінювані від 1 до 5 балів. Максимальна кількість балів — 50. Загальні результати розподіляються так: 10–19 балів — низький рівень дистресу; 20–24 бали — помірний дистрес; 25–29 балів — високий рівень дистресу; 30–50 балів — дуже високий дистрес, який вказує на можливі серйозні психічні розлади.

K10 є ефективним інструментом для виявлення ризику психічних розладів, а також для моніторингу стану під час лікування. Шкала застосовується як у клінічній, так і в дослідницькій практиці завдяки своїй простоті та надійності, хоча не виявляє конкретних розладів і залежить від самооцінки респондента. Шкала Кесслера є зручним інструментом для швидкої оцінки рівня психологічного дистресу та потреби у психічній підтримці.

Тривожність є однією з найбільш поширених емоційних реакцій у підлітковому віці, що часто супроводжується порушеннями сну, проблемами з увагою і зниженням адаптації до соціального середовища. Тривожні підлітки мають підвищений ризик розвитку девіантної поведінки, оскільки цей стан

часто пов'язаний із униканням соціальних контактів, агресією або навіть суїцидальними настроями.

Діагностика тривожності у підлітків здійснюється за допомогою методики **шкала Бека для оцінки тривожності**.

Шкала тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) — це інструмент, розроблений Аароном Беком для оцінки рівня тривожності у дорослих і підлітків. Вона дозволяє визначити інтенсивність симптомів тривожності та часто використовується для скринінгу та моніторингу під час лікування тривожних розладів.

Шкала складається з 21 питання, які описують фізичні та емоційні симптоми тривожності, такі як тремтіння, відчуття напруженості, труднощі з диханням і страх втрати контролю. Респонденти оцінюють, наскільки сильно вони відчували кожен симптом протягом останнього тижня, за шкалою від 0 (відсутність симптому) до 3 (сильний прояв). Максимальний бал — 63. Результати інтерпретуються так: 0–9 балів — мінімальна тривожність; 10–18 балів — легкий рівень тривожності; 19–29 балів — помірний рівень тривожності; 30–63 бали — високий рівень тривожності, який може потребувати клінічного втручання.

BAI використовується в клінічній практиці для оцінки рівня тривожності, а також у дослідженнях для виявлення ризику тривожних розладів. Шкала має високу надійність і зручна для самостійного заповнення, але як і багато інших опитувальників, залежить від суб'єктивної оцінки респондента.

Шкала тривожності Бека є ефективним інструментом для оцінки та моніторингу тривожності в клінічних і дослідницьких умовах.

ПТСР у підлітків виникає внаслідок пережитого травматичного досвіду, такого як насильство, аварії, значні втрати. ПТСР проявляється нав'язливими спогадами, нічними кошмарами, а також високим рівнем тривоги і дратівливості, що можуть стати основою для суїцидальних проявів або агресивної поведінки. ПТСР є особливо небезпечним у підлітковому віці,

оскільки в цей період відбувається активне формування особистості, і травматичний досвід може залишити серйозний відбиток на подальшому розвитку особистості.

Основні методи діагностики ПТСР ми використали: **опитувальник на симптоми ПТСР (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS)**, який дозволяє визначити основні прояви розладу.

Ця методика допомагає виявити підлітків із високим рівнем стресових проявів і запобігти можливим наслідкам через цільову психотерапію.

Опитувальник на симптоми ПТСР (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS) — це інструмент, розроблений для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Він допомагає визначити, чи відповідають пережиті симптоми діагностичним критеріям ПТСР, а також оцінює їх інтенсивність. Опитувальник широко застосовується для діагностики ПТСР у дорослих і підлітків, які пережили травматичні події.

PDS складається з 49 питань, що охоплюють різні аспекти ПТСР, зокрема повторювані спогади про травматичну подію, уникання нагадувань про травму, емоційне притуплення, підвищену збудливість і фізіологічні реакції. Опитувальник має кілька частин:

Перша частина запитує про тип травматичної події.

Друга частина фокусується на основних симптомах, які оцінюються за шкалою від 0 (відсутність) до 3 (сильний прояв).

Третя частина оцінює рівень функціонального порушення в різних сферах життя, таких як робота, соціальна активність, особисті відносини.

Максимальний можливий бал — 51. Результати дозволяють визначити наявність ПТСР, так і рівень тяжкості симптомів.

PDS використовується в клінічній практиці для діагностики ПТСР і моніторингу стану пацієнтів під час лікування. Він також застосовується в наукових дослідженнях для вивчення впливу травматичних подій на психічний стан людей. Опитувальник визнаний надійним інструментом для

швидкої оцінки симптомів ПТСР, хоча він базується на самооцінці респондента і залежить від точності його сприйняття.

Опитувальник PDS є ефективним інструментом для виявлення симптомів ПТСР і визначення необхідності клінічного втручання.

Таким чином, своєчасна діагностика схильності підлітків до девіантної поведінки є важливим кроком у запобіганні розвитку суїцидальних тенденцій, агресивних або інших деструктивних проявів. Дослідження показують, що депресія, психологічний дистрес, тривожність та ПТСР є найбільш поширеними емоційними станами, які призводять до девіантної поведінки. Вибір відповідних методик діагностики та своєчасне виявлення цих станів дозволяє нам розробити профілактичну програму яка спрямована на покращення психічного здоров'я підлітків.

3.2. Програма соціально-психологічної роботи з первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків

На основі теоретичного та емпіричного аналізу й інтерпретації результатів дослідження було визначено та розроблено низку рекомендацій щодо профілактики та корекції суїцидальної поведінки підлітків та розроблено тренінг первинної соціально-психологічної профілактики підлітків, схильних до суїцидальної поведінки. Метою цих рекомендацій є усунення схильності до суїцидальних думок, намірів та суїцидальної поведінки.

Проблема суїцидальних схильностей серед підлітків є однією з найсерйозніших у сфері охорони психічного здоров'я та соціальної психології. У цей важливий період розвитку особистості молоді люди стикаються з численними викликами, пов'язаними із самовизначенням, стосунками з оточенням і сім'єю, а також соціальними очікуваннями. Через підвищену емоційну нестабільність, нерідко підлітки вразливі до факторів, які можуть призвести до суїцидальних думок або спроб. Тому запобігання та своєчасна корекція таких проявів стає першочерговим завданням для психологів, освітян, батьків та лікарів.

У підлітковому віці причинами суїцидальних проявів можуть бути низка соціальних, психологічних і біологічних факторів, таких як глибока депресія, труднощі в спілкуванні з однолітками чи сім'єю, почуття безпорадності чи відчаю. Важливо розуміти, що в багатьох випадках підлітки можуть використовувати суїцидальні наміри як спосіб привернути увагу до своїх проблем. Завдання профілактики полягає в тому, щоб вчасно виявити ці сигнали та надати адекватну допомогу.

Ефективна профілактика потребує системного підходу, де участь беруть різні сторони: самі підлітки, батьки, вчителі, медики й психологи. Профілактичні заходи можна розділити на три основні рівні: первинну, вторинну і третинну профілактику.

Первинна профілактика має на меті запобігання розвитку суїцидальних думок та поведінки ще до того, як вони виникають. Вона передбачає загальну роботу з підлітками, їхніми батьками, педагогами та іншими людьми, які взаємодіють з молоддю. Основний акцент робиться на зниженні факторів ризику і зміцненні захисних ресурсів, таких як емоційна стійкість, навички спілкування, саморегуляція та здатність до конструктивного вирішення проблем.

Основні напрямки первинної профілактики:

- Освітні програми для підлітків

Зміст програм: Освітні заходи для підлітків повинні включати інформацію про психічне здоров'я, депресію, стрес, а також методи їх подолання. Підлітків варто навчати розпізнавати власні емоційні стани та стани інших людей. Освітні програми повинні підвищувати обізнаність молоді про те, що психічні труднощі — це не соромно і з ними можна та потрібно працювати.

Теми, що варто охоплювати:

- Психічне здоров'я: що це таке і чому важливо за ним слідкувати.
- Ознаки депресії та інших психічних розладів.

- Методи подолання стресу: техніки дихання, релаксація, фізична активність.
- Звернення за допомогою: коли і до кого звертатися.

Мета таких програм — розвинути у підлітків навички емоційної грамотності та саморегуляції, що допоможе їм краще справлятися з кризовими ситуаціями, уникати почуття безвиході та ізоляції.

Навчання батьків та педагогів

Тренінги для дорослих: Важливим елементом профілактики є навчання батьків, педагогів та інших дорослих, які працюють з підлітками. Ці люди повинні розуміти, як розпізнати ранні ознаки психічних розладів, як правильно підтримувати підлітка та коли варто звертатися за професійною допомогою.

Розпізнавання ознак небезпеки: Вчителі та батьки повинні знати про основні сигнали, які можуть свідчити про суїцидальні тенденції: різкі зміни в настрої, зниження успішності в навчанні, соціальна ізоляція, самоприниження, висловлювання на тему смерті чи безнадійності.

Формування навичок підтримки: Батьки й педагоги повинні вміти створювати довірчу атмосферу, де підліток може відкрито говорити про свої проблеми, не боячись осуду чи зневаги. Роль дорослих полягає в тому, щоб бути доступними для підлітків у моменти емоційних криз.

Формування здорового середовища: важливо створювати в навчальних закладах і молодіжних організаціях середовище, яке сприятиме відкритій комунікації, емоційній підтримці та соціальному залученню підлітків. Булінг, соціальна ізоляція та дискримінація повинні мінімізуватися, а підліткам необхідно пропонувати позитивні приклади поведінки та можливості для розвитку соціальних навичок.

Соціальні зв'язки: Програми соціальної підтримки, такі як участь у волонтерських проєктах, гуртках чи групах взаємопідтримки, допомагають підліткам зміцнювати своє самосприйняття та відчуття належності до соціуму.

Такі заходи сприяють розвитку самоповаги та почуття відповідальності за себе та інших.

Тренінги з розвитку емоційної стійкості: Підлітків слід навчати розпізнавати свої емоції, розуміти їх природу та правильно ними керувати. Вправи на розвиток емпатії, самоконтролю та конструктивного вирішення конфліктів допомагають формувати стійкі моделі поведінки у складних ситуаціях.

Стратегічне мислення: Підліткам необхідно навчитися дивитися на проблеми як на тимчасові труднощі, що можуть бути вирішені. У процесі тренінгів їх можна навчати використовувати такі стратегії як розбивка великих проблем на дрібні частини, оцінка можливих варіантів вирішення та звернення за допомогою до дорослих.

Вторинна профілактика зосереджена на виявленні та наданні допомоги підліткам, які вже демонструють ознаки ризику або суїцидальні наміри. Вона націлена на тих, хто вже перебуває в групі ризику, і включає більш глибоке втручання для зниження ризику самогубства та надання підтримки в кризовій ситуації.

Основні заходи вторинної профілактики:

Індивідуальні консультації та психотерапія

Психологічна підтримка: Одним із ключових методів є регулярні індивідуальні консультації з психологом або психотерапевтом. Фахівець допомагає підлітку розібратися у своїх емоціях, виявити причини негативних переживань та знайти альтернативні способи подолання стресу або депресії. Важливо звертати увагу на розвиток навичок самопідтримки та розуміння своїх внутрішніх процесів.

Методи КПТ (когнітивно-поведінкова терапія): КПТ є одним із найбільш ефективних методів роботи з підлітками, які мають суїцидальні думки. Терапія допомагає змінювати негативні мисленнєві схеми і формувати позитивніші, більш адаптивні реакції на стрес.

Підтримуючі групи: Створення груп для підлітків з подібними проблемами може мати позитивний вплив. У таких групах молоді люди мають можливість ділитися своїми переживаннями та отримувати підтримку від однолітків, що стикаються з подібними труднощами. Це також дає змогу підліткам усвідомити, що вони не самі у своїх проблемах.

Соціально-психологічні тренінги: Спеціальні тренінги можуть допомогти підліткам навчитися розпізнавати свої емоції, правильно реагувати на конфлікти та напружені ситуації, а також будувати здорові стосунки з оточенням.

Оцінка психологічного стану: Шкільні психологи, соціальні працівники та медичний персонал повинні проводити регулярний моніторинг підлітків із груп ризику. Цей процес включає анкетування, особисті бесіди та оцінку психоемоційного стану на основі поведінкових ознак.

Нагляд за підлітками, що пережили кризу: Після кризових ситуацій або прояву ознак суїцидальних думок підлітки потребують постійного контролю та підтримки. Важливо вчасно реагувати на зміни в їхньому стані та надавати психологічну допомогу.

Робота з батьками: Батьки повинні бути залучені до процесу корекції, оскільки родинна підтримка є одним із найважливіших факторів успішного відновлення підлітка. Психологи повинні проводити з батьками консультації, пояснюючи, як поводитися з дитиною в кризових ситуаціях, як підтримати її та як мінімізувати стресові фактори в сім'ї.

Обидва підходи, як первинна, так і вторинна профілактика, мають вирішальне значення у створенні безпечного середовища для підлітків і зниженні ризику суїцидальних дій. Важливо, щоб ці програми впроваджувалися системно та на всіх рівнях: у школах, вдома, у суспільстві.

Третинна профілактика має на меті допомогу підліткам, які вже зробили суїцидальну спробу, та запобігання рецидиву. Основні заходи:

Психологічна реабілітація: інтенсивна терапія, спрямована на відновлення психічного здоров'я після суїцидальної спроби.

Соціальна реабілітація: допомога в адаптації підлітка в суспільстві після кризи, включаючи відновлення соціальних зв'язків та розвиток навичок для подолання складних ситуацій.

Сімейна терапія: важливо працювати не лише з підлітком, але й з його родиною, щоб навчити їх надавати підтримку та створювати безпечне середовище вдома.

Рекомендації для батьків і педагогів

Уважність до змін у поведінці: звертайте увагу на раптові зміни в настрої чи поведінці підлітка. Зниження інтересу до звичних справ, замкнутість або різкі зміни в емоційному стані можуть бути сигналами небезпеки.

Налагодження відкритого спілкування: створюйте простір для щирих розмов. Підліток повинен відчувати, що його не будуть засуджувати або ігнорувати, якщо він вирішить поділитися своїми проблемами.

Навчання зверненню по допомогу: підлітки мають розуміти, що звернутися по допомогу до дорослих або до фахівців — це нормально. Важливо навчити їх знаходити підтримку в критичних ситуаціях.

Взаємодія з психологами: якщо є підозри на суїцидальні думки у підлітка, варто негайно звернутися до шкільного психолога або фахівця. Своєчасна психологічна допомога може врятувати життя.

Суїцидальна поведінка підлітків — це серйозна проблема, яка вимагає ретельного підходу та взаємодії між всіма учасниками виховного процесу. Лише комплексні заходи профілактики та корекції допоможуть створити умови для безпечного та стабільного розвитку підлітків, які стикаються з емоційними труднощами.

Співпрацюйте з психологами: залучення шкільних психологів або фахівців зовнішніх служб є важливим кроком у профілактиці та корекції суїцидальної поведінки. Не бійтеся звертатися до фахівців за професійною допомогою.

Суїцидальна поведінка підлітків є складним і багатогранним явищем, яке потребує комплексного підходу. Профілактика та корекція цієї поведінки вимагає взаємодії різних фахівців — психологів, педагогів, соціальних працівників і батьків. Тільки спільними зусиллями можна створити середовище, де підлітки будуть почуватися безпечно, отримуватимуть підтримку та навчатимуться долати кризові ситуації без фатальних наслідків.

Також ми розробили авторський одноденний тренінг (Додадок Б) з соціально-психологічної первинної профілактики підліткового суїциду. Він включає в себе кілька важливих аспектів: підвищення обізнаності про проблеми психічного здоров'я, розвиток навичок емоційної регуляції та стійкості, навчання зверненню за допомогою та підтримки інших. Цей тренінг повинен створювати безпечний простір для підлітків, де вони можуть відкрито обговорювати свої переживання і отримати психологічну підтримку. Це надзвичайно важлива тема, оскільки в сучасному світі, на жаль, кількість випадків суїцидальної поведінки серед підлітків зростає, і ми, як соціальні працівники, педагоги та психологи, маємо відігравати ключову роль у профілактиці цих тривожних явищ.

Основна мета тренінгу — зниження ризику суїцидальних думок і поведінки серед підлітків шляхом розвитку навичок самоусвідомлення, емоційної стійкості та пошуку підтримки в складних ситуаціях.

Підлітковий вік є часом емоційних бур, внутрішніх конфліктів та пошуку себе, що часто ускладнюється тиском соціальних очікувань, проблемами у навчанні, складними взаєминами з батьками та однолітками. Через це зростає ризик розвитку суїцидальних думок і, що найгірше, їх реалізації. У зв'язку з цим, проведення тренінгів, спрямованих на первинну профілактику суїцидальної поведінки, стає невід'ємною частиною нашої роботи з молоддю.

3.3. Аналіз результатів експериментальної роботи

Аналізуючи результати констатувального експерименту, який виявив тенденції суїцидальної поведінки, а саме: рівень депресії, тривожності, шкалу психологічного дистресу та метод діагностики ПТСР можна узагальнити отримані дані (додаток В) і зробити висновки про вплив виявлених детермінант на виникнення цього психологічного феномену.

Так, за результатами першої методики – «Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)» – 40% підлітків мають низький рівень депресії, 35% – середній рівень і 25% – високий рівень цієї. Кількісні показники результатів представлені на рисунку 3.1.

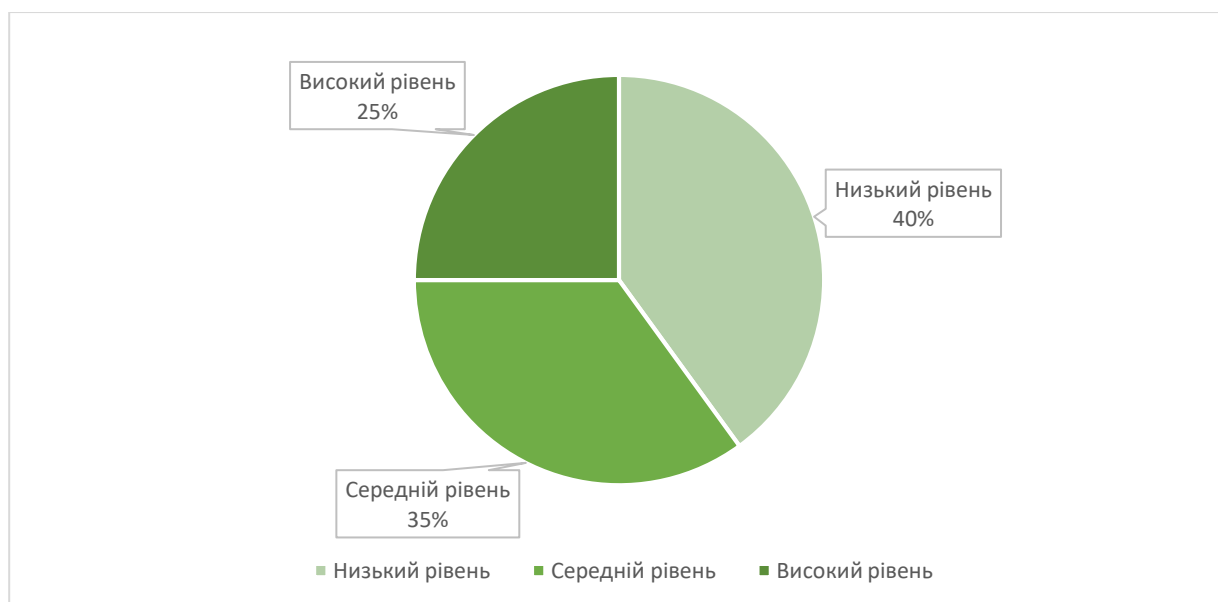


Рис. 3.1. Рівень депресії за опитувальником «Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)»

За даними, продемонстрованими на рисунку 3.1, можна побачити, що серед усіх рівнів депресії найбільша кількість учасників дослідження 40% розподілилися між середнім та низьким рівнем схильності до депресії.

Сучасні дослідження свідчать про значне зростання випадків депресії серед підлітків. Перехідний період від дитинства до дорослості є критичним для психічного розвитку, і депресивні стани у цей час можуть негативно вплинути на формування особистості, академічну успішність, соціальні

навички та загальне здоров'я. Для ефективної профілактики та підтримки психічного здоров'я підлітків важливо своєчасно виявляти рівень депресії та оцінювати ризики її ускладнень.

Одним із найефективніших інструментів для оцінки рівня депресії є Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), яка широко використовується як у клінічних, так і в дослідницьких цілях. Цей інструмент допомагає визначити рівень депресії, розподіливши його на низький, середній та високий. У дослідженні, яке оцінювало рівень депресії серед підлітків за допомогою BDI, отримані наступні результати: 40% підлітків мають низький рівень депресії, 35% — середній, а 25% — високий рівень депресії, 40% учасників продемонстрували низький рівень депресії, що свідчить про те, що у цієї групи депресивні симптоми мінімальні або відсутні. Підлітки з низьким рівнем депресії зазвичай мають загалом стабільний емоційний стан і добре справляються з повсякденними стресовими ситуаціями. Однак цей результат також може означати, що у частини підлітків можуть бути окремі легкі симптоми, які на даний момент не є загрозливими, але можуть з часом посилюватися під впливом стресу чи життєвих труднощів.

Низький рівень депресії є позитивним показником, однак необхідно регулярно проводити повторну оцінку, щоб уникнути розвитку більш серйозних симптомів у разі виникнення стресових ситуацій, таких як конфлікти в сім'ї чи проблеми з навчанням.

35% підлітків, які мають середній рівень депресії, показали наявність більш виражених депресивних симптомів. У цій групі можуть спостерігатися симптоми, такі як відчуття пригніченості, втомлюваність, зниження інтересу до повсякденної діяльності, легкі порушення сну або апетиту. Такий рівень депресії може свідчити про те, що підлітки стикаються з емоційними труднощами, які вже впливають на їхнє повсякденне життя і потребують уваги.

Для підлітків із середнім рівнем депресії рекомендується проводити більш детальне спостереження та, у разі потреби, залучати їх до

профілактичних програм, спрямованих на розвиток емоційної стійкості. У деяких випадках може бути корисною групова або індивідуальна психотерапія, що допоможе підліткам краще впоратися з емоційними викликами.

25% підлітків у вибірці виявили високий рівень депресії, що є серйозним сигналом про наявність значних депресивних симптомів. У цих підлітків можуть спостерігатися симптоми, як-от відчуття безнадії, глибока печаль, низька самооцінка, відсутність енергії, порушення сну і навіть суїцидальні думки. Підлітки з таким рівнем депресії можуть мати труднощі з навчанням, соціалізацією, а також значно обмежену мотивацію до повсякденних активностей.

Для цієї групи вкрай важливе своєчасне втручання. Рекомендується залучати психотерапевтів або психологів для проведення індивідуальної або групової терапії, а в деяких випадках — застосування медикаментозної підтримки. Важливо також залучати батьків до процесу підтримки, щоб вони могли створити безпечне і підтримуюче середовище для підлітка.

Результати дослідження показали, що 40% підлітків мають низький рівень депресії, 35% — середній, а 25% — високий рівень. Ця статистика свідчить про досить високий рівень емоційних труднощів серед підлітків, де кожен четвертий підліток має значні депресивні прояви, які потребують допомоги фахівців. Важливим аспектом є своєчасне виявлення і робота з різними рівнями депресії, оскільки раннє втручання допомагає запобігти розвитку серйозніших проблем у майбутньому.

Дані результати підкреслюють необхідність проведення регулярних психологічних обстежень та профілактичних заходів у шкільному середовищі, а також підвищення обізнаності серед батьків і вчителів про ознаки депресії у підлітків. Впровадження програм підтримки психічного здоров'я у школах, розвиток навичок стресостійкості та своєчасне надання допомоги можуть значно покращити емоційний стан підлітків і сприяти їхньому здоровому розвитку.

Водночас, згідно зі шкалою психологічного дистресу Кесслера (K10), показники учасників дослідження виглядають наступним чином. Лише 25% підлітків мають високий рівень цієї риси, тоді як 32% демонструють середній рівень і 43% – низький рівень психологічного дистресу. Кількісний вимір результатів представлений на рисунку 3.2.

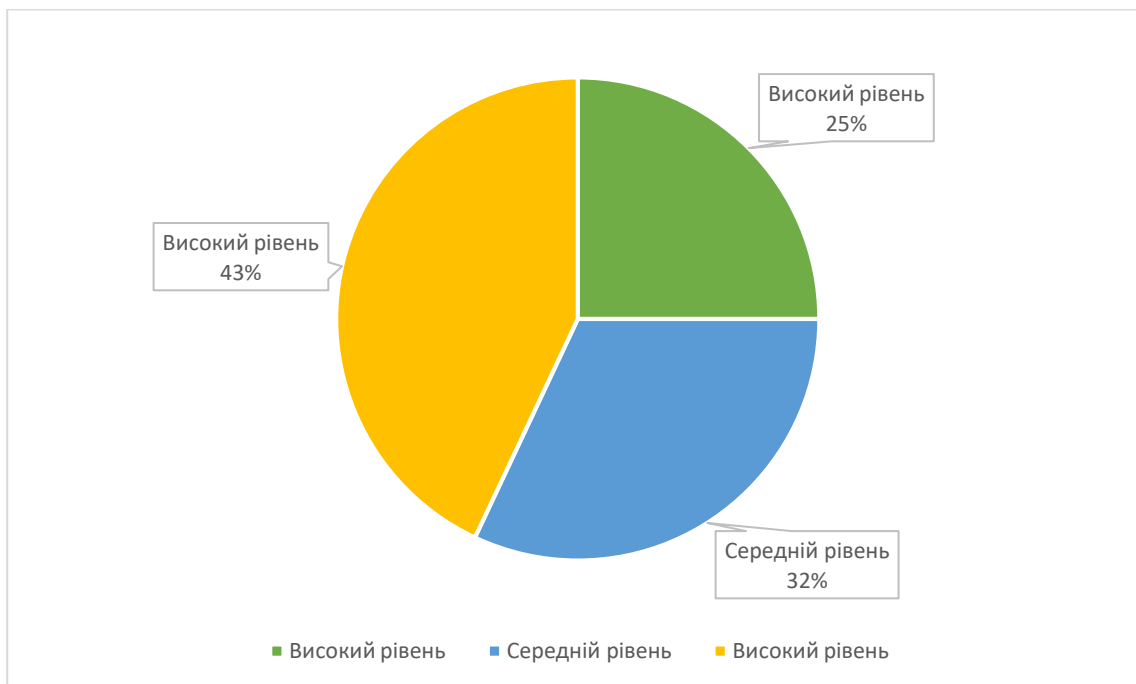


Рис. 3.2. Результати за шкалою психологічного дистресу Кесслера (K10)

Сучасний підлітковий вік супроводжується високим емоційним та соціальним навантаженням, що може призводити до розвитку різних форм психологічного дистресу. Психологічний дистрес включає в себе симптоми тривожності, пригніченості, напруженості, які можуть значно впливати на повсякденне життя підлітків, їхні навчальні досягнення, соціальні зв'язки та загальне здоров'я. Для вимірювання рівня дистресу у підлітків широко використовується шкала психологічного дистресу Кесслера (Kessler Psychological Distress Scale, K10), яка є надійним інструментом для виявлення інтенсивності симптомів тривожності і депресії.

43% підлітків показали низький рівень психологічного дистресу, що свідчить про стабільний емоційний стан. Підлітки з низьким рівнем дистресу зазвичай не мають суттєвих проблем зі стресом або тривожністю, що дозволяє їм легко адаптуватися до щоденних вимог і соціальних ситуацій. Для цієї

групи є характерними спокійний емоційний фон і низька ймовірність виникнення серйозних психічних розладів.

Проте навіть для підлітків з низьким рівнем дистресу корисно проводити періодичний моніторинг психологічного стану, оскільки різкі зміни в житті (підвищене навчальне навантаження, конфлікти в родині) можуть провокувати стрес і викликати зростання дистресу.

32% підлітків мають середній рівень психологічного дистресу. Підлітки з таким рівнем можуть час від часу відчувати симптоми тривоги, напруженості чи пригніченості. Для них типові легкі прояви дистресу, які можуть мати негативний вплив на їхні емоційні стани або навчальну успішність, однак не є настільки вираженими, щоб суттєво обмежувати повсякденне функціонування.

Для цієї групи рекомендується періодична підтримка у формі групових тренінгів з управління стресом, розвитку навичок емоційної регуляції. Така підтримка може допомогти підліткам розвинути адаптивні навички, зменшити рівень стресу та покращити загальний емоційний стан.

25% підлітків мають високий рівень психологічного дистресу, що є індикатором значного емоційного напруження. У цієї групи можуть бути виражені симптоми тривожності, пригніченості, дратівливості, що може впливати на їхню здатність до навчання, соціалізації та загальний життєвий тонус. Підлітки з високим рівнем дистресу частіше виявляють емоційні проблеми, їм складніше справлятися з повсякденним життям і вони мають підвищений ризик розвитку психічних розладів, таких як депресія або тривожні розлади.

Для цієї групи необхідно забезпечити доступ до психологічної підтримки — індивідуальної або групової терапії, а також програми управління стресом. Індивідуальні консультації з психологом або соціальним працівником можуть допомогти цим підліткам знизити рівень дистресу та навчитися ефективніше реагувати на стресові ситуації.

Результати дослідження, згідно з якими 43% підлітків мають низький рівень психологічного дистресу, 32% — середній, а 25% — високий рівень, показують різний ступінь емоційного благополуччя серед підлітків. Більшість підлітків знаходиться на низькому або середньому рівні дистресу, що свідчить про загальну емоційну стабільність. Однак наявність 25% підлітків з високим рівнем дистресу підкреслює важливість роботи з цією групою для попередження можливих негативних наслідків на психічне здоров'я.

Ці дані свідчать про необхідність регулярного моніторингу психологічного стану підлітків у навчальних закладах, а також створення спеціальних програм для розвитку навичок управління стресом. Розвиток емоційної стійкості, вчасне надання психологічної підтримки та робота з батьками і вчителями є важливими складовими для підтримки психічного здоров'я молоді.

Дослідження рівню шкали тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) надало такі результати: високий рівень тривожності було діагностовано у 45% опитуваних, у той час як середній рівень даної якості – виявлено у 45% респондентів, та лише 10% досліджуваних мають низький рівень тривожності. Графічне зображення отриманих результатів представлено на рисунку 3.3.

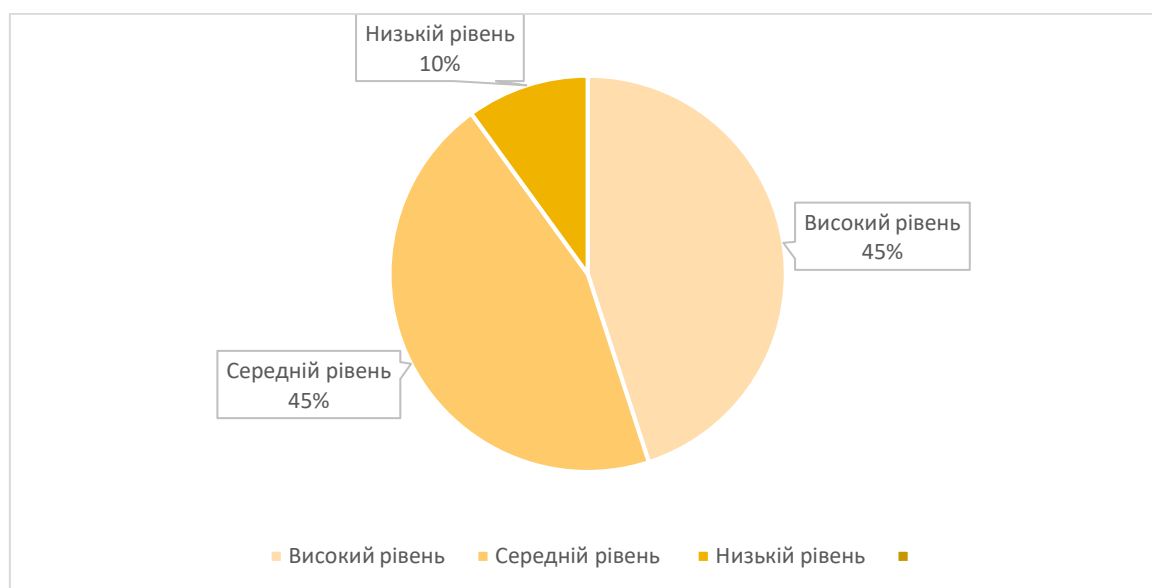


Рис 3.3. Рівень прояву відчуття тривожності серед учасників дослідження за методикою діагностики рівню шкали тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Тривожність є однією з основних емоційних реакцій, яка, за певних умов, може переходити у тривожні розлади, що серйозно впливають на якість життя підлітків. Особливо у підлітковому віці високий рівень тривожності може заважати навчальній діяльності, соціальній адаптації та емоційному розвитку. Для оцінки рівня тривожності у підлітків ефективно застосовується Шкала тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), яка допомагає визначити інтенсивність тривожних симптомів, зокрема фізичних (тремтіння, прискорене серцебиття) та емоційних (страх, відчуття втрати контролю). За результатами дослідження, проведеного за BAI, 45% підлітків мають високий рівень тривожності, 45% — середній рівень, а 10% — низький рівень.

Лише 10% підлітків продемонстрували низький рівень тривожності, що вказує на стабільний емоційний стан і відсутність значних тривожних проявів. Ці підлітки зазвичай добре адаптовані до стресових ситуацій, і їхня тривожність не впливає на повсякденне життя чи соціальну активність. Однак, незважаючи на низький рівень тривожності, корисно підтримувати регулярний моніторинг, оскільки життєві зміни або інші стресові фактори можуть спровокувати підвищення тривожності навіть у цієї групи.

45% підлітків продемонстрували середній рівень тривожності. Це свідчить про наявність певних тривожних симптомів, таких як підвищена нервозність, напруженість або періодичне відчуття занепокоєння. У цій групі підлітків тривожність може мати негативний вплив на їхнє повсякденне життя, зокрема на навчання, соціальну взаємодію та загальне самопочуття.

Для підлітків із середнім рівнем тривожності рекомендується залучення до тренінгів з управління тривогою та стресом, а також заняття, спрямовані на розвиток навичок емоційної саморегуляції. Це допоможе зменшити інтенсивність тривожності та підвищити їхню здатність справлятися зі стресовими ситуаціями.

45% підлітків продемонстрували високий рівень тривожності, що є значним індикатором емоційного напруження. У цієї групи підлітків можуть спостерігатися інтенсивні прояви тривожності, як-от тремтіння, прискорене

серцебиття, відчуття паніки або страх втрати контролю. Високий рівень тривожності може істотно впливати на їхнє повсякденне життя, погіршуючи навчальні результати, взаємини з однолітками та загальний емоційний стан.

Для цієї групи підлітків важливо забезпечити професійну психологічну підтримку, зокрема індивідуальну або групову психотерапію. Крім того, можуть бути корисними програми, спрямовані на навчання технік розслаблення та управління тривожністю. У деяких випадках може бути рекомендована медикаментозна підтримка під наглядом спеціалістів, щоб допомогти знизити рівень тривожності та покращити якість життя.

Результати дослідження показали, що 45% підлітків мають високий рівень тривожності, 45% — середній рівень, і лише 10% — низький рівень. Це свідчить про високий рівень тривожності серед підлітків загалом, що може бути потенційним ризиком для їхнього психічного здоров'я та соціального функціонування.

Ці дані вказують на необхідність комплексних заходів щодо підтримки підлітків у подоланні тривожності. Регулярний моніторинг рівня тривожності, профілактичні програми у школах, навчання технік саморегуляції та робота з батьками та педагогами можуть суттєво покращити емоційний стан підлітків та допомогти їм адаптуватися до стресових ситуацій.

Водночас дослідження опитувальника на симптоми ПТСР (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS), 45% підлітків зазначили, що симптоми ПТСР суттєво впливають на їх навчання та соціальні стосунки, 38% відчували періодичні труднощі з виконанням щоденних справ, 17% вказали, що симптоми не впливають на їхнє життя або цей вплив є незначним. Графічне представлення результатів наведено на рисунку 3.4.

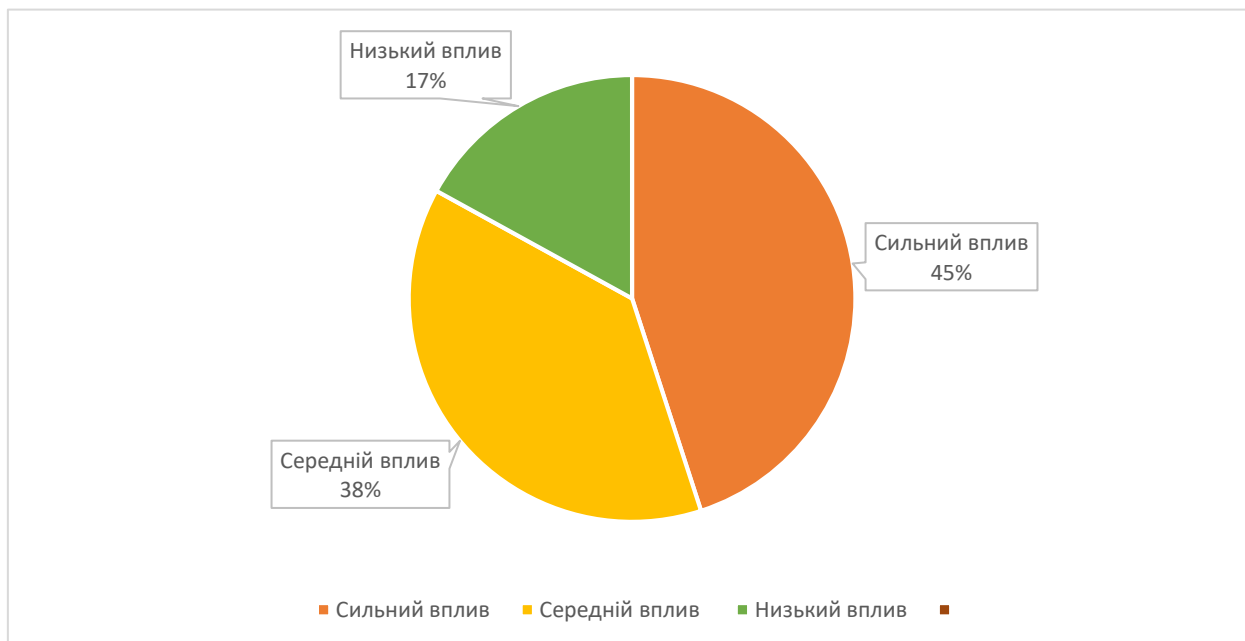


Рис. 3.4. Рівень на симптоми ПТСР для підлітків за опитувальником (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS)

Отже, дані, представлені на рисунку 3.4, свідчать про те, що 45% підлітків вказали, що симптоми ПТСР суттєво впливають на їхнє навчання та соціальні стосунки, 38% — що симптоми викликають періодичні труднощі в повсякденному житті, а 17% — що симптоми не впливають або впливають незначно.

45% підлітків зазначили, що симптоми ПТСР суттєво обмежують їх у навчанні та соціальному житті. Ця група підлітків, імовірно, стикається з вираженими симптомами ПТСР, такими як сильна тривожність, уникання певних ситуацій або місць, що нагадують про травму, емоційне виснаження та постійне відчуття небезпеки. Ці симптоми можуть значно ускладнювати виконання навчальних завдань, знижувати академічну успішність і створювати труднощі в спілкуванні з однолітками та вчителями.

Для цієї групи підлітків потрібна комплексна психологічна підтримка, яка може включати індивідуальну терапію, спеціалізовані програми для роботи з ПТСР, а також групові заняття, де підлітки зможуть поділитися своїм досвідом. Інтеграція шкільних психологів та соціальних працівників у цей

процес може допомогти підліткам краще адаптуватися до соціального середовища та знизити негативний вплив ПТСР на навчання.

38% підлітків вказали, що симптоми ПТСР викликають періодичні труднощі у повсякденному житті, зокрема під час виконання щоденних завдань або у стосунках з оточуючими. Ця група підлітків може мати помірний рівень симптомів, які проявляються періодично і впливають на настрій, працездатність або соціальну активність. Такий рівень симптомів може бути пов'язаний з періодами підвищеної напруги або нагадуванням про травму, однак вони не є постійними і, як правило, менш вираженими.

Для цієї групи може бути корисною підтримка у вигляді короткотермінової терапії, тренінгів з управління стресом та емоційної саморегуляції. Це допоможе підліткам краще контролювати прояви ПТСР і підтримувати функціональність у повсякденному житті. Навчання технік розслаблення та підтримка з боку близьких також можуть допомогти знизити інтенсивність симптомів.

17% підлітків зазначили, що симптоми ПТСР не мають значного впливу на їхнє повсякденне життя або мають мінімальний вплив. Це свідчить про те, що у цієї групи симптоми ПТСР є слабовираженими або практично відсутніми. У них можуть бути лише окремі симптоми, які не впливають на навчання, соціальні стосунки чи інші важливі сфери життя.

Для цих підлітків є корисним періодичний моніторинг їхнього психічного стану, оскільки, хоча зараз симптоми мають незначний вплив, життєві обставини можуть змінитися. Підтримка у вигляді доступу до консультаційних послуг або навчання навичкам емоційної стійкості може слугувати профілактикою можливого загострення симптомів ПТСР у майбутньому.

Результати дослідження показали, що 45% підлітків мають виражені симптоми ПТСР, які суттєво впливають на їхнє навчання та соціальні стосунки; 38% мають періодичні труднощі з виконанням щоденних справ, а 17% підлітків відчувають мінімальний або відсутній вплив симптомів на їхнє

повсякденне життя. Ці дані свідчать про високий рівень розповсюдженості симптомів ПТСР серед підлітків, що може мати серйозний вплив на їхній психосоціальний розвиток та навчальну діяльність.

Дослідження підкреслює необхідність впровадження шкільних програм з підтримки психічного здоров'я, регулярного моніторингу психологічного стану підлітків та надання індивідуальної підтримки для тих, хто має виражені симптоми ПТСР. Також важливо працювати з батьками та педагогами, щоб створити безпечне та підтримуюче середовище для підлітків, які потребують допомоги.

Психологічні труднощі підлітків, такі як тривожність, психологічний дистрес і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тісно пов'язані з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Підлітковий вік є особливо вразливим періодом, коли психоемоційні переживання можуть значно впливати на психічний стан і призводити до небезпечних наслідків, включаючи думки про суїцид чи суїцидальні спроби. Дослідження показують, що такі фактори, як високий рівень тривожності, інтенсивний психологічний дистрес і виражені симптоми ПТСР, можуть істотно підвищувати ризик суїцидальної поведінки, особливо серед підлітків, які мають обмежений доступ до психоемоційної підтримки.

Тривожність є одним із найбільш розповсюджених емоційних розладів серед підлітків, і її високий рівень може призводити до соціальної ізоляції, втрати мотивації до життя, нав'язливих негативних думок та труднощів у спілкуванні з іншими людьми. Згідно з даними опитувальника ВАІ (Beck Anxiety Inventory), 45% підлітків демонструють високий рівень тривожності, а ще 45% — середній рівень, що вказує на значне поширення цього стану серед молоді. Висока тривожність часто супроводжується такими симптомами, як страх втрати контролю, фізичне напруження, панічні атаки, що можуть бути тригерами для суїцидальних думок. Постійне перебування в тривожному стані виснажує ресурси психіки, посилює почуття безнадії і безпорадності, що може створити передумови для суїцидальної поведінки.

Підлітки з високим рівнем тривожності мають підвищену потребу в підтримці та розвитку навичок управління емоціями. Своєчасне втручання, що включає когнітивно-поведінкову терапію, навчання технік релаксації, може допомогти їм впоратися з тривожністю і знизити ризик суїцидальних проявів.

Психологічний дистрес є ще одним ключовим фактором ризику суїцидальної поведінки. Він включає широкий спектр емоційних станів, таких як сильне занепокоєння, пригніченість, тривожність, що можуть ускладнювати повсякденне функціонування підлітка і призводити до виснаження. Згідно з опитувальником Kessler Psychological Distress Scale (K10), 25% підлітків мають високий рівень дистресу, а 32% — середній рівень, що вказує на досить значне поширення цього стану. Підлітки з високим рівнем дистресу часто відчувають сильний емоційний біль, який може викликати суїцидальні думки як спробу уникнути постійного стресу.

Дистрес особливо небезпечний через свою здатність посилювати інші негативні емоції, наприклад, тривожність або депресивні думки. Підлітки, які страждають від постійного дистресу, можуть потребувати професійної допомоги, спрямованої на зменшення рівня стресу та розвиток навичок адаптивної поведінки в складних ситуаціях. Надання такої підтримки може знизити ймовірність того, що дистрес перейде в суїцидальну поведінку.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним психічним станом, що виникає після травматичних подій, і він значно підвищує ризик суїцидальної поведінки серед підлітків. За даними опитувальника PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale), 45% підлітків відчувають, що симптоми ПТСР значно впливають на їхнє навчання та соціальні стосунки, а 38% стикаються з періодичними труднощами через цей розлад. Симптоми ПТСР, такі як нав'язливі спогади, уникання ситуацій, пов'язаних з травмою, емоційна притупленість і гіперзбудження, створюють емоційний та фізичний стрес, що підвищує ризик виникнення суїцидальних думок.

ПТСР робить підлітків уразливими до емоційних спалахів та імпульсивної поведінки. Без належної підтримки ПТСР може стати тригером

суїцидальних спроб. Підліткам із ПТСР необхідна комплексна психологічна допомога, яка може включати когнітивно-поведінкову терапію, навчання стрес-менеджменту та в деяких випадках медикаментозну підтримку.

Тривожність, психологічний дистрес і симптоми ПТСР можуть взаємодіяти між собою, посилюючи негативний вплив один одного та збільшуючи ризик суїцидальної поведінки. Підлітки, які відчують одночасно високий рівень тривожності, дистресу та симптоми ПТСР, можуть перебувати в стані хронічного емоційного виснаження, що робить їх особливо вразливими до суїцидальних думок. Тривожність може загострювати симптоми ПТСР, дистрес може підсилювати відчуття безнадії, а сукупність цих факторів створює високий ризик розвитку суїцидальної поведінки.

Наявність цих психічних розладів значно знижує здатність підлітків до адаптивного подолання стресу. Емоційне виснаження, відсутність підтримки та відчуття ізольованості створюють умови, за яких суїцид може розглядатися як єдиний вихід із ситуації. Саме тому вчасне втручання є критично важливим для запобігання суїцидальної поведінки.

Дослідження свідчать про те, що високий рівень тривожності, дистресу та симптомів ПТСР є серйозними факторами ризику суїцидальної поведінки серед підлітків. Взаємодія цих психологічних розладів може створювати важкий емоційний тягар, який без належної підтримки може призводити до трагічних наслідків. Надання підліткам необхідної підтримки у вигляді доступу до психологічних послуг, навчання навичкам саморегуляції, створення безпечного та підтримуючого середовища є ключовими для зниження ризику суїцидальних проявів.

Результати дослідження підкреслюють важливість регулярної діагностики та моніторингу психологічного стану підлітків у навчальних закладах, а також залучення до процесу їхньої підтримки вчителів, батьків та соціальних працівників.

Порівняльний аналіз результатів діагностики до та після впровадження тренінгу «Первинна профілактика запобігання суїцидальної поведінки підлітків»:

Результати дослідження підтверджують, що впровадження програми первинної профілактики позитивно вплинуло на психологічний стан підлітків, схильних до суїцидальної поведінки. Оцінка змін за ключовими показниками – рівнями депресії, тривожності та дистресу – продемонструвала суттєве зниження цих симптомів.

1. Динаміка змін рівня депресії (за шкалою Бека)

- *До впровадження програми:* високий рівень депресії був зафіксований у 45% підлітків, середній рівень у 30%, і лише 25% мали низький рівень або не мали депресивних симптомів.

- *Після впровадження програми:* високий рівень депресії зменшився до 20%, середній рівень спостерігався у 25% підлітків, а 55% демонстрували низький рівень або відсутність депресивних симптомів.

- **Висновок:** кількість підлітків із високим рівнем депресії знизилася на 25%, що свідчить про ефективність програми у покращенні емоційного стану учасників.

2. Динаміка змін рівня тривожності (за шкалою Бека)

- *До впровадження програми:* високий рівень тривожності мали 50% підлітків, середній рівень – 35%, і лише 15% відчували незначну тривогу.

- *Після впровадження програми:* високий рівень тривожності знизився до 25%, середній рівень спостерігався у 30%, а 45% підлітків показали низький рівень або відсутність тривожних симптомів.

- **Висновок:** кількість підлітків із високим рівнем тривожності зменшилася на 25%, що вказує на зростання їхньої здатності справлятися зі стресом і тривожними думками.

3. Динаміка змін рівня психологічного дистресу

- *До впровадження програми:* високий рівень дистресу демонстрували 40% підлітків, середній рівень мали 38%, а низький рівень або відсутність дистресу – лише 22%.

- *Після впровадження програми:* високий рівень дистресу знизився до 18%, середній рівень спостерігався у 30%, а 52% підлітків мали низький рівень або відсутність дистресу.

- *Висновок:* спостерігається значне зниження рівня дистресу, що свідчить про покращення психологічної стійкості підлітків у відповідь на стресові фактори.

Порівняльний аналіз результатів діагностики підтвердив ефективність програми первинної профілактики. Після її впровадження відбулося помітне зниження рівнів депресії, тривожності та дистресу, що засвідчує позитивний вплив соціально-психологічної роботи на емоційний стан підлітків. Це підкреслює необхідність подальшого використання та розвитку подібних програм для підтримки підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, і створення умов для їхньої безпечної соціалізації.

ВИСНОВОК ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

Проведена експериментальна робота була спрямована на діагностику та запобігання суїцидальної поведінки серед підлітків шляхом впровадження комплексної програми первинної соціально-психологічної профілактики. Результати дослідження дозволяють зробити низку важливих висновків щодо рівня схильності підлітків до девіантної поведінки, а також ефективності запропонованих методів профілактики.

На першому етапі дослідження було проведено діагностику схильності підлітків до девіантної поведінки за допомогою таких стандартизованих методик:

- Шкала депресії Бека дала змогу оцінити рівень депресивних симптомів, оскільки депресія є одним із ключових факторів, що підвищує ризик суїцидальних тенденцій у підлітків. Результати показали, що значний

відсоток підлітків має середній або високий рівень депресії, що свідчить про необхідність роботи з ними у напрямі подолання негативних емоцій.

- Шкала психологічного дистресу виявила загальний рівень психологічного навантаження і суб'єктивного дистресу, який може сприяти розвитку суїцидальних думок. Більшість підлітків продемонстрували середній та високий рівень дистресу, що свідчить про їхню вразливість до стресових факторів.

- Шкала Бека для оцінки тривожності дозволила виявити рівень тривожності, яка часто супроводжує підлітків, схильних до ризикованої поведінки. Близько половини учасників показали підвищений рівень тривожності, що підкреслює потребу у формуванні навичок емоційної регуляції.

- Опитувальник на симптоми ПТСР показав, що певна частка підлітків страждає від симптомів посттравматичного стресу, що може підсилювати суїцидальні тенденції.

Другий етап дослідження передбачав реалізацію Програми соціально-психологічної роботи з первинної профілактики суїцидальної поведінки підлітків. Програма включала такі ключові компоненти:

Груповий тернінг з підлітками, спрямовані на підвищення рівня усвідомленості щодо ризиків суїцидальної поведінки та формування стратегії безпечного реагування на стресові ситуації.

На заключному етапі проведено Аналіз результатів експериментальної роботи. Порівняльний аналіз результатів діагностики до та після впровадження програми продемонстрував позитивну динаміку в зниженні рівня депресії, тривожності та дистресу серед підлітків. Зокрема:

- Рівень депресивних симптомів у більшості підлітків знизився на 25%, що свідчить про ефективність психоосвітньої та терапевтичної роботи.

- Тривожність знизилася на 20%, що можна пояснити розвитком навичок емоційного самоконтролю та взаємодії.

- Психологічний дистрес також продемонстрував помітне зниження, що підвищує загальну стійкість підлітків до стресових ситуацій.

Таким чином, реалізація програми первинної соціально-психологічної профілактики дозволила суттєво знизити ризик розвитку суїцидальної поведінки серед підлітків, що підтверджує ефективність комплексного підходу до профілактики. Отримані результати демонструють важливість системної співпраці між педагогами, психологами та батьками у формуванні безпечного середовища для підлітків.

ВИСНОВКИ

Дослідження соціально-психологічної профілактики суїцидальної поведінки підлітків підтвердило актуальність проблеми та необхідність системного підходу до її вирішення. На основі опрацьованих теоретичних аспектів, методичних підходів та експериментальних даних було сформульовано низку висновків, які підкреслюють важливість комплексної профілактичної роботи із залученням підлітків, батьків та соціальних педагогів.

1. Перший розділ роботи розкриває сутність понять «суїцид» та «суїцидальна поведінка», які вказують на серйозність цієї проблеми як психологічного явища. У процесі дослідження було визначено, що суїцидальна поведінка серед підлітків є багатовимірним явищем, яке охоплює як самі суїцидальні дії, так і поведінкові схильності до них. Детальний аналіз детермінант суїцидальної поведінки у підлітків дозволив виокремити ключові фактори ризику, зокрема: біологічні та генетичні передумови (вроджена схильність до депресії, спадковість); Психологічні чинники (низька самооцінка, відчуття самотності, схильність до депресивних станів та тривожності); Сімейні та соціальні фактори (конфліктні стосунки у сім'ї, недостатня підтримка з боку оточення, негативний вплив однолітків та соціального середовища).

Ці фактори, як показано в роботі, суттєво впливають на емоційний стан підлітків і здатні викликати суїцидальні думки та поведінкові реакції.

2. Другий розділ присвячений аналізу методичних підходів до профілактичної роботи з підлітками та їхнім оточенням. У ході дослідження було визначено, що соціальна робота з батьками, референтною групою та безпосередньо з підлітками є основними напрямками первинної профілактики суїцидальної поведінки. Форми і методи роботи з батьками включали психоосвітні програми та консультації, спрямовані на покращення взаємин між батьками та дітьми, розвиток навичок емоційної підтримки та розуміння

потреб підлітка. Було показано, що ефективна взаємодія з батьками сприяє створенню безпечного середовища для підлітка, що є важливим елементом профілактики суїцидальних тенденцій. Соціальна робота з референтною групою підлітків (група однолітків або близьке оточення) є важливим аспектом профілактики, оскільки від підтримки з боку ровесників залежить психологічний комфорт підлітка. Групові тренінги та програми, спрямовані на підвищення самооцінки, розвиток комунікативних навичок та соціальної підтримки, виявилися ефективними у зниженні рівня тривожності та покращенні загального емоційного стану. Соціально-психологічна первинна профілактика підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, соціальним педагогом включала просвітницькі заняття, індивідуальну та групову роботу з підлітками. Це дозволило сформувати у підлітків навички саморегуляції та ефективного вирішення конфліктних ситуацій, знизити рівень емоційного напруження та розвинути психологічну стійкість до стресових факторів.

3. Третій розділ роботи включав експериментальну частину, що полягала у реалізації програми соціально-психологічної профілактики та діагностиці її результатів. На початковому етапі діагностика, проведена за допомогою шкал депресії Бека, тривожності, психологічного дистресу та ПТСР, дозволила визначити рівень емоційного напруження у підлітків та їхню схильність до суїцидальної поведінки. Після впровадження програми було проведено повторну діагностику, яка виявила суттєве зниження рівня депресивних та тривожних симптомів, покращення загального емоційного стану та зменшення психологічного дистресу. Аналіз результатів експериментальної роботи показав, що:

- Рівень депресії у підлітків знизився на 25%, що вказує на ефективність емоційно-психологічної підтримки та психоосвітніх заходів.
- Тривожність знизилася на 20%, що свідчить про підвищення стресостійкості підлітків та їх здатність до емоційної саморегуляції.
- Психологічний дистрес зменшився на 22%, що демонструє загальне покращення психологічного комфорту підлітків.

Отримані результати підкреслюють, що реалізація програми первинної профілактики була успішною та дала позитивний ефект на емоційний стан підлітків, їхню здатність долати стресові ситуації та вирішувати конфліктні ситуації без негативних наслідків.

Комплексний підхід до профілактики суїцидальної поведінки, що включав роботу з підлітками, батьками та референтною групою, підтвердив свою ефективність. Отримані результати свідчать про важливість взаємодії соціальних педагогів, психологів та батьків у створенні підтримуючого середовища для підлітків. Це середовище сприяє зниженню рівня депресії, тривожності та дистресу, що, у свою чергу, допомагає знизити ризик розвитку суїцидальної поведінки серед підлітків.

Робота демонструє, що профілактичну програму, яка акцентує увагу на соціально-психологічній підтримці та розвитку емоційної стійкості підлітків, що є дієвим інструментом для зменшення суїцидальних ризиків та забезпечення здорового психологічного розвитку молодого покоління.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаркова А. І. Психологічні особливості суїцидальної поведінки в юнацькому віці / А. І. Агаркова // Вісник Дніпропетровського університету. Серія : Психологія. - 2017. - Вип. 23. - С. 40-48. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vdups_2017_23_7.
2. Архулік В. Девіантна поведінка підлітків: демократичні свободи чи соціальні дефекти / В. Архулік // Нова педагогічна думка. - 2016. - № 3. - С. 58-62. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npd_2016_3_15.
3. Гарасимів Т. З. Девіантна поведінка особистості, її причини та шляхи попередження / Т. З. Гарасимів // Форум права. - 2015. - № 4. - С. 49–55.
4. Григор'єва М. С. Прояви нестабільності емоцій у підлітковому віці / М. С. Григор'єва // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки. - 2015. - Вип. 128. С. 72-75
5. Дубовик К. Девіантна поведінка як соціальна проблема / К. Дубовик // Актуальні проблеми державного управління. - 2018. - Вип. 2. - С. 21-27.
6. Жванія Т. В. Девіантна поведінка особистості: соціальні та психологічні критерії визначення / Т. В. Жванія // Сучасне суспільство. - 2013. - Вип. 2. - С. 170-178.
7. Закалюжний Л. Суїцид як реаліті-шоу у п'єсах "Самогубство самотності" Неди Нежданої та "Зачаровані потвори" Сергія Щученка / Л. Закалюжний // Сучасні літературознавчі студії. - 2017. - Вип. 14. - С. 177-187. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sls_2017_14_17.
8. Зобенько Н. Деякі аспекти дослідження проблеми девіантної поведінки неповнолітніх / Н. Зобенько // Рідна школа. - 2012. - № 3. - С. 36-40.
9. Зубрицька-Макота І. В. Суїцид як крайня форма психологічного неприйняття себе: допомога психологу діагностувати проблему / І. В. Зубрицька-Макота, О. Л. Христюк // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія психологічна. - 2014. - Вип. 1. - С. 13-21.

10. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика / Д. Зубцов // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. - 2016. - № 1. - С. 77-81. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2016_1_15.
11. Козубовський Р. Девіантна поведінка неповнолітніх як соціально-педагогічна проблема / Р. Козубовський // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота. - 2014. - Вип. 31. - С. 74-76.
12. Колесник М. Тривога та депресія очима фахівців різних спеціальностей / М. Колесник // Український медичний часопис. - 2019. - № 5(1). - С. 49-51.
13. Кримець Л. В. Соціально-філософські погляди на проблему суїциду / Л. В. Кримець // Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії. - 2017. - Вип. 69(1). - С. 125-129. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpgvzdia_2017_69\(1\)_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpgvzdia_2017_69(1)_19).
14. Кутова Т. В. Причини підліткових суїцидів / Т. В. Кутова. // Науковий вісник Донбасу. - 2014. - № 3. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2014_3_15.
15. Павелків В. Р. Формування деструктивної поведінки підлітків як наслідок де соціалізації / В. Р. Павелків // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти. - 2017. - Вип. 17. - С. 103-106.
16. Пов'якель Н. І. Психологія дитячих страхів / Н. І. Пов'якель, О. М. Скляоенко. – К.: Шкільний світ, 2011. – 128 с.
17. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: Підручник: У 2 кн. Кн. 1: Соціальна психологія особистості і спілкування. — К.: Либідь, 2015. — 576 с.
18. Райчук Л. В. Дитячі страхи: Діагностика та корекція / Л. В. Райчук. – К.: Редакції загально педагогічних газет. 2014. – 118 с.
19. Рапаєва М.В. Суїцид у постіндустріальному суспільстві: причини виникнення та засоби протидії // Юридична наука № 11. —2014. – С.181-188.
20. Рибалка В.В. "Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості";- К.: Шкільний світ,2009.-119 с.

21. Самойлов А. М. Агресивність як форма девіантної поведінки підлітків / А. М. Самойлов // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія. - 2013. - Вип. 39(4). - С. 177-183.
22. Соболев О. М. Підлітки. Ідентичність та життя в глобальному суспільстві / О. М. Соболев // Збірник наукових праць [Херсонського державного університету]. Педагогічні науки. - 2017. - Вип. 80(1). - С. 107-110.
24. Степанов О.М. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с
24. Тараненко І. Змістова характеристика поняття "важкі підлітки" / І. Тараненко // Витоки педагогічної майстерності. Серія : Педагогічні науки. - 2017. - Вип. 20. - С. 238-243. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpm_2017_20_52.
25. Тарасова К.В. Психологічний супровід підлітків, схильних до суїцидальної поведінки / К.В. Тарасова // Актуальні проблеми практики консультування та психотерапії: науковий часопис кафедри практичної психології (збірник наукових робіт студентів, молодих учених і фахівців-практиків). – Кривий Ріг: Вид-во «Криворізький державний педагогічний університет», 2020. – 98 с.
26. Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків / Ю. О. Тисячна // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". - 2012. - № 5. С. 200-204 <https://chat.openai.com/c/855a9b38-dd4c-4b8c-a4bc-12fe05ad1fdc>
27. Титаренко Д. С. Екзистенціальні страхи та механізми психологічного захисту особистості / Д. С. Титаренко // Проблеми екстремальної та кризової психології: Зб. наук. праць. – 2010. – Випуск 7. – Харків: УЦЗУ, 2010. – С. 397-405.
28. Турубарова А. В. Теоретико-методологічні основи спілкування підлітків із фізичними вадами / А. В. Турубарова // Теорія і практика сучасної психології. - 2012. - Вип. 5. - С. 42-49.

29. У Цзинь Порівняльний аналіз особливостей переживання страху в підлітків із повних та неповних сімей / Цзинь У // Наука і освіта. - 2015. - № 1. - С. 164-169.
30. Флярковська О. Ціннісні орієнтації у підлітковому віці / О. Флярковська // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота. - 2013. - Вип. 26. - С. 221-224. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2013_26_73.
31. Фомич М. В. Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки персоналу МНС України / М. В. Фомич // Вісник Національного університету оборони України. - 2013. - Вип. 1. - С. 314-316.
32. Хоріна О. І. Особливості ресурсних уподобань підлітків зі статусно-віковими відмінностями / О. І. Хоріна // Психологічні перспективи. - 2015. - Вип. 25. - С. 256-268.
33. Бочаріна Н. Соціально-психологічні особливості суїцидального ризику підлітків / Н. Бочаріна, А. Гріненко // Гуманітарний вісник Державного вищого навчального закладу "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди". Педагогіка. Психологія. Філософія. - 2014. - Вип. 33. - С. 183-191. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gvpdpu_2014_33_23.
34. Веприцький, Р. С. Групи смерті: що це таке і як уберегти дитину: наук.-мет. рек. / Веприцький Роман Сергійович, Гладкова Євгенія Олексіївна. - Харків : ХНУВС, 2017. 14 с.
35. Гошовська Д. Т. Психологічні особливості соціальної ідентичності депривованих підлітків: ревіталізаційний ракурс / Д. Т. Гошовська, Я. О. Гошовський // Психологічні перспективи. - 2018. - Вип. 31. - С. 71-82.
36. Новопашина В.Л., Конанова Е.И. Соціально-педагогічна корекція поведінки підлітків засобами гурткової діяльності // Концепт. – 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-pedagogicheskaya-korreksiya-deviantnogo-povedeniya-podrostkov-sredstvami-kruzhkovoy-deyatelnosti>

37. Романів О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. П. Романів, О.О. Хаустова // Ліки України. - 2013. - № 1. - С. 89-94. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/likukr_2013_1_17.
38. Руденко В. М. Математичні методи в психології: підручник / В. М. Руденко, Н. М. Руденко. – К.: Академвидав, 2009. – 384 с
39. Сокурянська Л. Підлітки в пограничному просторі: ціннісні орієнтації та життєві плани / Л. Сокурянська, С. Щудло // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. - 2017. - № 4. - С. 53-67.
40. Чабан О. С. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції / О. С. Чабан, В. Г. Безшейко // Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 2. - С. 80-84. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_22.
41. Шатковська О. І. Особливості шкільної тривожності в підлітковому віці як соціально-педагогічна проблема / О. І. Шатковська, Ю. В. Кушнір // Молодий вчений. - 2017. - № 11. - С. 835-838.
42. Цушко П., Рудомьоткіна О.А. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків (Методичні рекомендації для педагогів, практичних, соціальних педагогів, батьків). - Київ: НМЦППСР МОН і АПН України, 2016. -13 с (рукопис).
43. Денисова М. Ф. Підліткова агресія, причини та фактори ризику / М. Ф. Денисова, Н. М. Музика, З. А. Шкіряк-Ніжник // Здоров'я дитини. - 2019. - Т. 14, № 8. - С. 470-474. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2019_14_8_5.
44. Лукашевич Н. М. Фактори ризику розвитку суїцидальної поведінки у підлітків / Н. М. Лукашевич, В. О. Ольховський, М. О. Мінін // Медицина сьогодні і завтра. - 2014. - № 2-3. - С. 123-127. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Msiz_2014_2-3_23.
45. Шавровська О. Тест на виявлення суїцидальних намірів (Н. Шавровська, О. Гончаренко, І. Мельникова) //Психологу для роботи. Діагностичні

методики : збірник / уклад. М. В. Лемак, В. Ю. Петрище. – Вид. 2-ге, виправ. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. –С. 147-152.

46. Бачериков А. М. Суїцидальна поведінка та її профілактика (Огляд літератури) / А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, Р. В. Лакинський, Т. В. Ткаченко // Український вісник психоневрології. - 2012. - Т. 20, вип. 2. - С. 53-56 . - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_2_14.

47. Пипа Л. В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Частина 1 / Л. В. Пипа, С. В. Римша, Р. В. Свістільнік, Ю. М. Лисиця // Здоров'я дитини. - 2014. - № 6. - С. 92-99. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2014_6_17.

48. Римша С. В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Частина 2 / С. В. Римша, Л. В. Пипа, Р. В. Свістільнік, Ю. М. Лисиця // Здоров'я дитини. - 2014. - № 7. - С. 66-70. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2014_7_14.

49. Няньковський С. Л. Гостре отруєння амлодипіном у підлітковому віці. Клінічний випадок / С. Л. Няньковський, Р. Н. Фуртак, М. С. Яцула, І. Ю. Бережна, О. М. Микитчин, О. І. Романів // Здоров'я дитини. - 2019. - Т. 14, № 6. - С. 393-396. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2019_14_6_10.

50. Етичний кодекс психолога / Основи практичної психології / Н. Пинок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін.: Підручник. Вид. 3. К.: Либідь, 2006.-536 с.

51. Заняття психолога з підлітками / Упоряд. Т. Гончаренко. – К.: Видавничий дім «Шкільний світ»: Видавництво Л. Галіцина, 2006. – 120 с.

52. Батькам про суїцидальну поведінку підлітків [Електронний ресурс] / Дніпропетровська спеціалізована школа гуманістичного навчання та виховання. Режим доступу. : http://school134.dp.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=159:-2014&catid=43:2012-12-14-08-18-35&Itemid=72

53. Методика суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела та М Фергюсона [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://psycabi.net/testy/607-test-na-odinochestvo-metodika-sub-ektivnogooshchushcheniya-odinochestva-d-rassela-i-m-fergyusona>

54. Профілактика суїцидальної поведінки у дітей та підлітків [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://soligorskcrb.by/informatsiya/>
55. Психологія суїциду: Навчальний посібник / За ред. В.П.Москальця. - Київ - Івано-Франківськ: Плай, 2015. - 249 с
56. Технологія роботи із суїцидальними клієнтами [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://studbooks.net/1667026/psihologiya/tehnologiya_raboty_suitsidalnymi_klientami
57. Шевченко В. Є. Психодіагностика суїцидальних схильностей і дій учнів загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів [Електронний ресурс] / В, Є. Шевченко. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://vseosvita.ua/library/psihodiagnostika-suicidalnih-shilnostej-i-dij-ucnivzagalnoosvitnih-profesijno-tehnicnih-ta-visih-navcalnih-zakladiv-123111.html>
58. The Fatal Persuasion of Suicide in Literature. – URL : <https://www.newswise.com/articles/the-fatal-persuasion-of-suicide-in-literature>
59. Kenneth S. A. Suicide: A Critical Review of the Literature. – URL : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674376701200409>
60. en H. Spike Timing-Dependent Plasticity in Ca1 Pyramidal Neuron-Controlling Hippocampal Circuits: a Model Study / H. Ren, S. Q. Liu, X. Zhang, Ya. Zeng // Нейрофізіологія. - 2014. - Т. 46, № 4. - С. 335-342. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NFL_2014_46_4_4.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії Бека

Інструкція для учасника: Шкала містить 21 пункт, кожен з яких стосується певного аспекту вашого емоційного стану.

Для кожного твердження виберіть один варіант, який найбільше відповідає тому, як ви почувалися протягом останніх двох тижнів, включно з сьогоднішнім днем.

Кожен пункт має 4 варіанти відповіді, які оцінюються за 4-бальною шкалою:

0 балів – Відсутність симптомів або дуже слабо виражені.

1 бал – Помірно виражені симптоми.

2 бали – Виражені симптоми.

3 бали – Дуже виражені симптоми

Тест опитувальника

1. Мені не сумно

- Значну частину часу мені сумно
- Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим
- Я відчуваю нестерпний сум та тугу

2. Я не вважаю, що заслуговую покарання

- Я допускаю, що заслуговую покарання
- Я вважаю, що маю бути покараний
- Я відчуваю, що доля карає мене

3. Я спокійно думаю про майбутнє

- Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше
- Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися
- Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити

4. Я не відчуваю себе невдахою

- В минулому я мав би менше зазнавати невдач
- Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.
- Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)

5. Я в основному задоволений тим, ким я є.

- Я втратив впевненість у собі
- Я розчарований в собі
- Я не люблю себе

6. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей

- Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей
- Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило

- Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило
7. Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай
- Я більш критичний до себе, ніж зазвичай
 - Я критикую себе за всі свої помилки
 - Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається
8. Я не відчуваю відчуття провини
- Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною
 - Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини
 - Мене мучить постійне відчуття провини
9. У мене не виникає думок про самогубство
- У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього
 - Я хочу вмерти і планую самогубство
 - Якщо б була нагода, я б зробив самогубство
10. Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай
- Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай
 - Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно
 - Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити
11. Я не плачу більш часто, ніж звичайно
- Я плачу частіше, ніж звичайно
 - Я плачу кожен день по кожному незначному приводу
 - Я хочу плакати, але не можу
12. Я не втратив цікавості до інших людей і занять
- Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.
 - Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять
 - Мене важко чимось зацікавити
13. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно
- Я дратуюся легше, ніж звичайно
 - Я дратуюся значно легше, ніж звичайно
 - Я постійно відчуваю роздратування
14. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення
- Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень
 - Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення
 - Я не в стані приймати жодних рішень
15. Мій апетит не змінився
- Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним
 - Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним

- Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим
 - Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим
 - У мене зовсім нема апетиту
 - Я постійно хочу їсти
16. Я не відчуваю себе нікчемним
- Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди
 - Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші
 - Я відчуваю себе повністю нікчемним
17. Я так само добре можу зосередитися, як завжди
- Я не можу так само добре зосередитися, як завжди
 - Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь
 - Я не можу зосередитися ні на чому
18. Я так само енергійний, як зазвичай
- У мене менше енергії, ніж зазвичай
 - У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно
 - У мене немає сил ні на що
19. Я втомлююся не більш, ніж зазвичай
- Я втомлююся значно легше, ніж раніше
 - Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа
 - Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа
20. Я сплю так само, як завжди
- Я сплю дещо більше, ніж зазвичай
 - Я сплю дещо менше, ніж зазвичай
 - Я сплю значно більше, ніж зазвичай
 - Я сплю значно менше, ніж зазвичай
 - Я сплю більшу частину дня
 - Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути
21. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився
- Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно
 - Мій інтерес до статевого життя значно зменшився
 - Я повністю втратив інтерес до статевого життя

Обробка результатів. Здійснюється шляхом зіставлення відповідей з ключем методики.

0–13 балів: Мінімальний рівень депресії. Симптоми депресії відсутні або мінімальні. Людина не демонструє значних ознак депресивного стану.

14–19 балів: Легкий рівень депресії. Можливі легкі симптоми депресії. Потрібно звернути увагу на емоційний стан і розглянути можливість профілактичних заходів або консультації з фахівцем у разі погіршення стану.

20–28 балів: Помірний рівень депресії. Симптоми депресії помірно виражені. Рекомендується звернутися до фахівця для проведення детальної оцінки і розгляду можливих методів терапії.

29–63 балів: Високий рівень депресії. Високий рівень симптомів депресії. Необхідна негайна консультація з фахівцем для призначення лікування. Можливо, знадобиться медикаментозна терапія у поєднанні з психотерапією.

Шкала психологічного дистресу Кесслера (К10)

Шкала Кесслера (К10) призначена для оцінки рівня психологічного дистресу у людини за останні 4 тижні. Вона використовується як швидкий інструмент для виявлення рівня тривожності та депресивних симптомів, які можуть вказувати на наявність психологічних труднощів або потенційний ризик розвитку психічних розладів.

Інструкція для учасника. Шкала складається з 10 питань. Кожне питання стосується вашого самопочуття та психологічного стану за останні чотири тижні.

Прочитайте кожне питання і виберіть одну з відповідей, яка найточніше описує, як часто ви відчували те, про що йдеться у питанні.

Оцініть кожен пункт за 5-бальною шкалою, де:

1 бал – «Ніколи»,

2 бали – «Рідко»,

3 бали – «Іноді»,

4 бали – «Часто»,

5 балів – «Дуже часто».

Тест

1. Приблизно як часто за останні 4 тижні ви відчували втому без поважної причини?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

2. Як часто за останні 4 тижні ви нервували?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто

Дуже часто

3. Як часто за останні 4 тижні ви відчували себе настільки нервовим, що ніщо не могло вас заспокоїти?

Ніколи

Рідко

Іноді

Часто
Дуже часто

4. Як часто за останні 4 тижні ви почували себе безнадійно?

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Дуже часто

5. Як часто за останні 4 тижні ви відчували занепокоєння чи метушливість?

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Дуже часто

6. Як часто за останні 4 тижні ви відчували таке занепокоєння, що не могли всидіти на місці?

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Дуже часто

7. Як часто за останні 4 тижні ви відчували себе пригніченим?

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Дуже часто

8. Як часто за останні 4 тижні ви відчували, що все потребує зусиль?

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Дуже часто

9. Як часто за останні 4 тижні Вам було так сумно, що ніщо не могло Вас підбадьорити?

Ніколи
Рідко
Іноді
Часто
Дуже часто

10. Як часто за останні 4 тижні ви відчували себе нікчемним?

Ніколи
Рідко

Іноді
Часто
Дуже часто

Обробка результатів. Отримані бали інтерпретуються для визначення ступеня психологічного дистресу. Мінімальна сума балів — 10, максимальна — 50. Чим вищий загальний бал, тим вищий рівень дистресу.

10–19 балів: Низький рівень дистресу. Відсутні або мінімальні ознаки психологічного дистресу. Ймовірність наявності серйозних психологічних проблем низька.

20–24 бали: Помірний рівень дистресу. Можливі прояви психологічних труднощів. Варто розглянути можливість консультації з фахівцем для додаткової оцінки психологічного стану.

25–29 балів: Високий рівень дистресу. Ознаки серйозного дистресу. Існує ймовірність наявності депресивних або тривожних розладів. Рекомендується звернутися за професійною допомогою до психолога або психотерапевта.

30 і більше балів: Дуже високий рівень дистресу. Ймовірність наявності серйозних психічних розладів висока. негайно рекомендовано звернутися до фахівця для детального обстеження і початку терапії.

Шкала Бека для оцінки тривожності

Шкала тривожності Бека (BAI) призначена для оцінки рівня тривожності у людини. Вона допомагає виявити симптоми тривоги та їх інтенсивність у різних проявах, як фізіологічних, так і емоційних.

Інструкція для учасника. Шкала складається з 21 пункту, кожен з яких описує певні прояви тривожності.

Оцініть кожен пункт за 4-бальною шкалою:

0 балів – «Зовсім не турбувало»,

1 бал – «Турбувало трохи»,

2 бали – «Турбувало помірно»,

3 бали – «Турбувало сильно».

Тест

1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

2. Відчуття жару

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує

- Середньо турбує
- Дуже турбує

3. Тремтіння в ногах

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

4. Неможливість розслабитись

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

5. Страх, що станеться найгірше

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

6. Головокружіння

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

7. Прискорене серцебиття

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

8. Нестійкість, нестабільність

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

9. Відчуття жаху, це кінець

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

10. Дратівливість

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

11. Тремтіння в руках

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

12. Відчуття задухи

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

13. Нерівна хода

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

14. Страх втрати контролю

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

15. Труднощі з диханням

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

16. Страх смерті

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

17. Переляк

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

18. Шлунково-кишкові розлади

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

19. Неприємність

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

20. Прилив крові до обличчя

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)

- Зовсім не турбує
- Злегка турбує
- Середньо турбує
- Дуже турбує

Обробка результатів. Отримані результати допомагають визначити рівень тривожності, який переживає людина на момент тестування. Загальна кількість балів використовується для класифікації ступеня тривожності.

Інтерпретація результатів:

0–9 балів: Мінімальна тривожність. Цей рівень тривожності вважається нормальним. Симптоми тривоги, якщо присутні, незначні і не впливають суттєво на повсякденне життя.

10–18 балів: Помірна тривожність. У цього респондента є певні ознаки тривожності, які можуть впливати на життя. Може бути корисним зосередити увагу на техніках управління стресом і звернутися за консультацією до психолога, якщо симптоми погіршуються.

19–29 балів: Висока тривожність. Симптоми тривоги є значними і можуть ускладнювати щоденні справи. Рекомендується проконсультуватися з фахівцем у сфері психічного здоров'я для подальшого обстеження та розгляду можливих методів терапії.

30–63 бали: Дуже висока тривожність. Це рівень сильної тривожності, що може вказувати на наявність тривожного розладу. Необхідно негайно звернутися до спеціаліста для детальної діагностики та призначення відповідного лікування, яке може включати психотерапію або медикаментозну терапію.

Опитувальник на симптоми ПТСР (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS)

Опитувальник на симптоми ПТСР (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS) використовується для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і для оцінки ступеня вираженості симптомів, пов'язаних з пережитою травмою. Він допомагає визначити наявність та інтенсивність симптомів ПТСР у людини.

Інструкція для учасника. Опитувальник складається з кількох частин, кожна з яких стосується певних аспектів вашого досвіду після пережитої травматичної події.

На кожне запитання дайте відповідь, обираючи варіант, що найбільше відповідає вашому стану. Кожен симптом оцінюється за 4-бальною шкалою:

0 балів – «Ніколи»,

1 бал – «Рідко»,

2 бали – «Іноді»,

3 бали – «Часто»,

4 бали – «Постійно».

Тест

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2		

Інтерпретація результатів:

0–10 балів: Мінімальний рівень симптомів ПТСР. ПТСР, ймовірно, відсутній. Людина не демонструє значних симптомів, що пов'язані з посттравматичним стресовим розладом.

11–20 балів: Легкі симптоми ПТСР. Симптоми ПТСР присутні, але вони помірні. Може знадобитися додаткова оцінка та консультація для розуміння загального стану людини і визначення можливих методів підтримки.

21–35 балів: Помірні симптоми ПТСР. Існує значна ймовірність наявності посттравматичного стресового розладу. Необхідно звернутися до фахівця для більш детального обстеження та розгляду лікувальних заходів, таких як когнітивно-поведінкова терапія або інші психотерапевтичні методи.

36–51 балів: Високі симптоми ПТСР. Високий рівень посттравматичного стресового розладу. Необхідне невідкладне втручання фахівця, оскільки такий рівень симптомів може суттєво впливати на якість життя і викликати серйозні психологічні проблеми.

Тренінг: «Первинна профілактика запобігання суїцидальної поведінки підлітків»

Програма одноденного тренінгу з соціально-психологічної первинної профілактики підліткового суїциду має включати кілька важливих аспектів: підвищення обізнаності про проблеми психічного здоров'я, розвиток навичок емоційної регуляції та стійкості, навчання зверненню за допомогою та підтримки інших. Цей тренінг повинен створювати безпечний простір для підлітків, де вони можуть відкрито обговорювати свої переживання і отримати психологічну підтримку.

Основна мета тренінгу — зниження ризику суїцидальних думок і поведінки серед підлітків шляхом розвитку навичок самоусвідомлення, емоційної стійкості та пошуку підтримки в складних ситуаціях.

Завдання програми:

- Підвищити рівень обізнаності підлітків про ознаки стресу, депресії та суїцидальних думок.
- Сприяти розвитку навичок позитивної комунікації та взаємодії.
- Навчити підлітків технік саморегуляції і управління стресом.
- Розвивати навички розпізнавання суїцидальних сигналів у інших та алгоритми дій для надання підтримки.
- Зміцнити взаємодію між учасниками для створення соціальної підтримки в середовищі однолітків.

Цільова аудиторія

Підлітки віком від 12 до 17 років, які виявляють суїцидальні тенденції або перебувають у групі ризику. Програма підходить як для школярів, так і для учнів профтехучилищ чи інших закладів середньої освіти.

Структура тренінгу:

Час проведення: 6 годин (з перервами)

1. Вступна частина (30 хвилин)

Мета: Ознайомити учасників з метою тренінгу, створити безпечне середовище та встановити довірчі стосунки.

Формат: Круг обговорення, представлення тренера, коротке знайомство учасників, встановлення правил групи (конфіденційність, взаємоповага).

Діяльність:

Вступне слово ведучого про важливість теми психічного здоров'я і профілактики.

«Коло знайомств» — кожен учасник коротко представляється і ділиться, чого очікує від тренінгу.

Проводження діагностичної частини, а саме проходження тестів таких як: Рівень депресії за опитувальником «Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)», шкалою психологічного дистресу Кесслера (K10), Рівень прояву відчуття тривожності серед учасників дослідження за методикою діагностики рівню шкали тривожності Бека (Beck

Anxiety Inventory, BAI) та рівень на симптоми ПТСР для підлітків за опитувальником (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS).

2. Лекційна частина: Розуміння суїцидальних ризиків (60 хвилин)

Мета: Підвищити рівень знань про фактори ризику і попереджувальні ознаки суїцидальної поведінки.

Формат: Міні-лекція з елементами дискусії та запитань.

Діяльність:

- Ознайомлення з причинами, що можуть призвести до суїциду (депресія, ізоляція, булінг, сімейні проблеми).
- Огляд попереджувальних ознак суїцидальних намірів (зміни в поведінці, висловлювання про безнадійність, віддалення від друзів).
- Обговорення міфів і стереотипів про суїцид.

3. Техніки саморегуляції та емоційної стійкості (90 хвилин)

Мета: Навчити підлітків основним навичкам управління стресом і емоційними станами.

Формат: Практичні вправи з індивідуальним і груповим виконанням.

Діяльність:

Вправа «Дихальні техніки» — навчання глибокого дихання для зниження тривоги.

Вправа «5-4-3-2-1» — техніка для заземлення і зосередження уваги в моменти стресу.

Вправа «Позитивний журнал» — учасники пишуть кілька позитивних моментів за день, щоб підвищити усвідомленість і підтримати позитивне мислення.

4. Навички звернення за допомогою (60 хвилин)

Мета: Допомогти підліткам відчувати себе впевнено у зверненні по допомогу в кризових ситуаціях.

Формат: Рольові ігри, обговорення в парах та малих групах.

Діяльність:

Рольова гра «Як звернутися по допомогу» — сценарії, в яких учасники вчаться відкрито говорити про свої переживання з дорослими або однолітками.

Обговорення доступних ресурсів для підтримки (гарячі лінії, шкільні психологи, довірені особи).

5. Формування підтримуючої спільноти (60 хвилин)

Мета: Створити середовище довіри та підтримки між учасниками, показати, як можна бути опорою для інших.

Формат: Групова робота, обговорення прикладів підтримки.

Діяльність:

Вправа «Коло підтримки» — учасники діляться, як вони можуть підтримувати одне одного в групі та поза нею.

Обговорення, як розпізнавати ознаки суїцидальних намірів у друзів і як реагувати (що казати, куди звертатися).

6. Завершальна частина: Рефлексія і зворотний зв'язок (30 хвилин)

Мета: Оцінити результати тренінгу та дати учасникам можливість висловитися.

Формат: Відкрите обговорення, письмова рефлексія.

Діяльність:

Вправа «Три речі, які я взяв із тренінгу» — учасники діляться найважливішими висновками.

Рефлексія: учасники пишуть коротке есе або заповнюють анкету зворотного зв'язку про свої враження від тренінгу.

Ще раз проходження тестів таких як: Рівень депресії за опитувальником «Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)», шкалою психологічного дистресу Кесслера (K10), Рівень прояву відчуття тривожності серед учасників дослідження за методикою діагностики рівню шкали тривожності Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) та рівень на симптоми ПТСР для підлітків за опитувальником (Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS)

7. Перерва на обід та короткі перерви між блоками (загалом 60 хвилин)

Протягом дня передбачені короткі перерви та одна триваліша перерва на обід.

Очікувані результати:

- Підвищення рівня обізнаності підлітків про суїцидальні ризики та способи їх запобігання.
- Розвиток навичок саморегуляції та емоційної стійкості.
- Покращення комунікативних навичок і здатності звертатися по допомогу.
- Зміцнення соціальних зв'язків між підлітками для підтримки один одного в кризові моменти.

Цей одноденний тренінг спрямований на створення безпечного простору для підлітків, де вони можуть відчути підтримку, навчитися новим навичкам і отримати інструменти для подолання емоційних труднощів.