

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»**

Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Семеген Володимир Володимирович

Кваліфікаційна робота

**Психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих в
екстремальних умовах**

053 «Психологія

«Екстремальна та кризова психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ В.В. Семеген

Науковий керівник

Гриджук Вікторія Дмитрівна, кандидат
психологічних наук

Коломия – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ	8
1.1. Поняття суїцидальної поведінки в психологічній науці.....	8
1.2. Суїцидальна поведінка як об'єкт психологічного аналізу: генезис та сучасні підходи.....	13
1.3. Психологічні чинники ризику та ресурси резильєнтності в дорослих в екстремальних умовах	22
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ.....	31
2.1. Методологічне обґрунтування дослідження суїцидальної поведінки дорослих.....	31
2.2. Організація та методи емпіричного дослідження (вибірка, методики, процедура).....	35
2.3. Аналіз психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах	39
2.4. Зв'язок суїцидальних тенденцій із особистісними, емоційними та соціально-психологічними характеристиками дорослих	57
Висновки до розділу 2	62
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДОРΟΣЛИХ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНИМИ ТЕНДЕНЦІЯМИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ.....	64
3.1. Принципи та цілі психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих.....	64
3.2. Напрями й форми психологічного супроводу дорослих із суїцидальними тенденціями в екстремальних умовах.....	69

3.3. Програма психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах	75
Висновки до розділу 3	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	96

ВСТУП

У сучасних умовах суспільного розвитку проблема збереження психічного здоров'я особистості набуває особливої гостроти. Соціальні потрясіння, військові дії, вимушене переміщення, втрата близьких, загроза життю, економічна нестабільність та інші екстремальні обставини створюють потужний психотравмуючий вплив на дорослу людину. За таких умов значно зростає психоемоційне напруження, порушується відчуття безпеки, знижується рівень життєстійкості, змінюються механізми психологічної адаптації та саморегуляції. Одним із найбільш тривожних проявів дезадаптації особистості в екстремальних умовах є суїцидальна поведінка як складне, багатофакторне і соціально зумовлене явище.

Актуальність теми дослідження зумовлена тим, що екстремальні умови не лише загострюють вже наявні внутрішньо-особистісні конфлікти, а й формують нові психологічні ризики, пов'язані з переживанням безнадійності, втрати контролю над життям, соціальної ізоляції, хронічного стресу та виснаження адаптаційних ресурсів. Суїцидальна поведінка дорослих у таких обставинах потребує глибокого наукового аналізу, оскільки її прояви не можна пояснити лише індивідуально-психологічними особливостями особистості. Вони формуються під впливом комплексу чинників: емоційних, когнітивних, мотиваційних, поведінкових, соціально-психологічних і ситуаційних. Особливого значення набуває дослідження того, як саме екстремальні умови впливають на психологічний стан дорослих, які механізми підвищують ризик суїцидальної поведінки вже зрілої людини та які ресурси можуть виступати захисними факторами.

Дослідженнями проблематики суїцидальної поведінки дорослих в зарубіжній психології займалися представники різних психологічних шкіл – від психоаналізу до когнітивно-поведінкової терапії, зокрема Е. Дюркгейм, З.Фрейд, А. Адлер, Е. Шнейдман, К. Меннінгер, В. Франкл, А. Бек, М.Лайнер, Т. Джойнер та інші. Сьогодні в Україні питаннями суїцидальної поведінки

дорослих займаються як окремі науковці та клініцисти (В. Чернобровкіна, Ю. Асєєва, І. Ільїнова та інш.), так і спеціалізовані кризові центри, платформи та організації, зокрема Rozmova.me, UAMH Therapy, Lifeline Ukraine.

Аналіз психологічної літератури засвідчує, що проблема суїцидальної поведінки тривалий час перебуває в центрі уваги вітчизняних і зарубіжних дослідників. Водночас, попри значну кількість наукових праць, недостатньо вивченими залишаються саме психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих осіб, які перебувають або перебували в екстремальних умовах. Потребують уточнення психологічні чинники ризику, специфіка емоційних переживань, особливості когнітивного опрацювання травматичного досвіду, роль стресостійкості, копінг-стратегій, соціальної підтримки та особистісних ресурсів у формуванні суїцидальних тенденцій. Отже, важливого теоретичного та практичного значення набуває всебічне вивчення психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах, що й зумовило вибір теми дипломної роботи.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах.

Завдання дослідження:

1. Визначити сутнісні характеристики суїцидальної поведінки як психологічного феномену та окреслити її структуру.
2. Дослідити еволюцію теоретичних підходів до розуміння детермінації самогубства: від біологічного детермінізму та соціологічних концепцій до сучасних інтегративних моделей.
3. Визначити психологічні чинники ризику та ресурси резильєнтності в дорослих у екстремальних умовах.
4. Емпірично дослідити психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах та встановити зв'язок суїцидальних тенденцій з особистісними, емоційними і соціально-

психологічними характеристиками досліджуваних.

5. Розробити психологічні напрями профілактики та програму психологічного супроводу дорослих із суїцидальними тенденціями в екстремальних умовах.

Об'єкт дослідження – суїцидальна поведінка особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах.

Методи дослідження:

- теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація наукових підходів до вивчення суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах;

- емпіричні – психодіагностичні методики (опитувальник суїцидального ризику в модифікації Т. Разуваєвої, шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21, шкала життєстійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10), багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS), авторська анкета;

- математико-статистичний аналіз отриманих результатів (якісний та кількісний аналіз).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що в роботі

- *вперше* за основі кумулятивного характеру ресурсного, кризово-орієнтованого, соціально-психологічного та профілактичного підходів *запропоновано* програму психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах;

- *уточнено* зміст і психологічну специфіку суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах; визначено найбільш значущі психологічні чинники, що підвищують ризик формування суїцидальних тенденцій у дорослому віці в екстремальних ситуаціях;

- *поглиблено* уявлення про взаємозв'язок між суїцидальною налаштованістю, емоційною дезадаптацією, рівнем тривожності, фрустрації, безнадійності та особливостями переживання екстремальної ситуації;

- *набули подальшого розвитку* наукові підходи до психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих в умовах життєвої кризи та тривалого стресу.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані практичними психологами, кризовими консультантами, психотерапевтами, соціальними працівниками та фахівцями служб психічного здоров'я у роботі з дорослими, які перебувають в екстремальних умовах або мають наслідки їх переживання. Отримані дані можуть бути покладені в основу програм раннього виявлення суїцидального ризику, психологічної профілактики, кризового консультування та психокорекційної підтримки. Матеріали роботи також можуть бути використані у процесі професійної підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю «Психологія», а також під час викладання навчальних дисциплін, пов'язаних із кризовою психологією, психологією стресу, психодіагностикою та психологічним консультуванням.

Експериментальна база дослідження. У дослідженні взяли участь 57 дорослих (цивільних) осіб віком від 25 до 47 років, які мають досвід перебування в екстремальних умовах (перебування в зоні бойових дій, вимушене переміщення, окупація, втрата близьких, професійна діяльність в умовах підвищеного ризику).

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 109 сторінок. Основний зміст викладено на 85 сторінках. Робота містить 2 таблиці, 7 рисунків та 3 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

1.1. Поняття суїцидальної поведінки в психологічній науці

Проблема суїцидальної поведінки належить до найбільш складних і чутливих у сучасній психологічній науці, оскільки вона перебуває на перетині клінічної, соціальної, кризової, вікової та особистісної психології. У сучасному науковому дискурсі суїцидальна поведінка розглядається не як одиничний акт, а як багаторівневий психологічний процес, у межах якого поєднуються афективні переживання, когнітивні установки, мотиваційні конфлікти, особливості самосприйняття, порушення соціальних зв'язків і кризова оцінка життєвої ситуації. Саме тому дослідження цього феномена вимагає комплексного підходу, який не зводить його лише до медичного пояснення, а враховує внутрішній психологічний зміст переживань особистості. У сучасних міжнародних матеріалах ВООЗ наголошується, що суїцид є глобальною проблемою громадського здоров'я, а його причини мають багатофакторний характер і визначаються взаємодією соціальних, культурних, біологічних, психологічних та середовищних чинників протягом усього життєвого шляху людини [15].

У вітчизняній психології поняття суїцидальної поведінки найчастіше трактується як сукупність внутрішніх і зовнішніх форм психічної активності, пов'язаних із спрямованістю особистості на самознищення або припинення власного життя. Ю. Асєєва та Л. Ахунова підкреслюють, що суїцидальна поведінка охоплює широкий спектр проявів – від суїцидальних думок до спроб самогубства – і не є ізольованим явищем, а постає результатом складної взаємодії соціальних, психологічних та біологічних чинників [2]. Подібної позиції дотримуються І. Музиченко та А. Бурак, які розглядають суїцидальну поведінку як динамічний процес, що розгортається від

внутрішніх переживань безнадії, відчуження і психологічного болю до конкретних намірів та дій [20]. Отже, у сучасній психології закріпився підхід, згідно з яким суїцидальна поведінка є не одноразовою подією, а континуумом проявів різного ступеня вираженості.

Психологічна наука принципово розмежовує поняття «суїцид», «суїцидальна поведінка», «суїцидальні думки», «суїцидальні наміри», «суїцидальна спроба» та «суїцидальний ризик». Таке розмежування має не лише термінологічне, а й методологічне значення, оскільки дозволяє точніше описати різні етапи формування аутоагресивної спрямованості особистості. О. Хміляр і Л. П'янківська зауважують, що суїцидальний намір не зводиться до декларативного висловлювання, а має психодіагностичну специфіку, пов'язану з фрустрацією, звуженням свідомості, домінуванням переживання безвиході та порушенням здатності бачити альтернативи [29]. У системному розумінні це означає, що суїцидальна поведінка починається задовго до відкритих дій і має передумови у вигляді внутрішнього діалогу особистості, специфічної інтерпретації страждання та зниження суб'єктивної цінності життя.

У сучасних дослідженнях дедалі частіше підкреслюється, що суїцидальна поведінка формується як процес переходу від ідеації до дії. Саме тому особливу увагу приділяють не тільки факту наявності суїцидальних думок, а й тим психологічним механізмам, які перетворюють ідеацію на намір, а намір – на вчинок. У систематичному огляді методик оцінювання суїцидальних думок і поведінки серед дорослих О. Поллак та співавт. зазначають, що сучасний клініко-психологічний підхід охоплює пасивну ідеацію, активну ідеацію, наявність планів, підготовчі дії та поведінкові прояви, тобто розглядає суїцидальність як багатовимірну конструкцію, а не як дихотомічну ознаку «є/немає» [62]. Це положення є принципово важливим для психологічної науки, адже воно зміщує акцент із постфактум-реєстрації на раннє виявлення кризових змін у свідомості, емоціях і поведінці дорослої людини.

Водночас поняття суїцидальної поведінки тісно пов'язане з ширшим феноменом аутоагресії. У науковій літературі суїцидальність часто розглядається як крайній вияв аутоагресивної поведінки, що може включати як прямі, так і опосередковані форми самоушкоджувальної спрямованості. Проте не вся аутоагресія є суїцидальною, і не кожне самоушкодження передбачає намір позбавити себе життя. Тому сучасні автори підкреслюють необхідність уникати спрощених трактувань. Так, Ю. Асеева та Л. Ахунова вказують, що суїцидальна поведінка має власну логіку розвитку, пов'язану з особистісною кризою, зміною смисложиттєвих орієнтацій, переживанням втрати контролю та послабленням життєвої перспективи [2]. У цьому контексті суїцидальна поведінка розуміється як якісно особливий тип кризового реагування, у якому життєва ситуація суб'єктивно сприймається як така, що не має прийняттого розв'язання.

Суттєвим для психологічного розуміння суїцидальної поведінки є аналіз її структурних компонентів. У більшості сучасних праць виділяють когнітивний, емоційний, мотиваційний і поведінковий компоненти. Когнітивний компонент пов'язаний із формуванням уявлень про власну безпорадність, безнадійність, непотрібність, викривленим баченням майбутнього та звуженням поля можливих рішень. Емоційний компонент охоплює психологічний біль, сором, провину, самотність, відчай, тривогу та внутрішнє виснаження. Мотиваційний компонент відображає конфлікт між бажанням припинити страждання і водночас потребою в підтримці, прийнятті та безпеці. Поведінковий компонент проявляється у змінах комунікації, соціального дистанціювання, висловлюваннях про втрату сенсу життя, зниженні турботи про себе, порушенні самозбережувальної поведінки. Саме тому О. Хміляр і Л. П'янківська звертають увагу на важливість діагностики не лише явних висловлювань, а й резервного потенціалу особистості – надії, оптимізму, прийняття себе, ідентичності та здатності надавати перевагу життю в складних обставинах [29].

Істотне місце в сучасній психологічній науці посідає уявлення про суїцидальну поведінку як наслідок не просто психічного розладу, а глибокої особистісної кризи, у якій суб'єкт втрачає відчуття смислу, контролю й зв'язку з іншими людьми. У цьому плані поняття психологічного болю, або *psychache*, набуло особливого значення. У оглядовій статті С. Моралес і Х. Баррос підкреслюється, що суїцидальний ризик тісно пов'язаний із нестерпним психічним болем, який людина переживає як такий, що перевищує її ресурси саморегуляції та можливості отримати полегшення [56]. Таке тлумачення зближує сучасну суїцидологію з екзистенційною та кризовою психологією, де ключовим є не сам факт страждання, а його суб'єктивна непереносимість та втрата віри в зміну ситуації.

У межах психологічного підходу дедалі чіткіше простежується відхід від редукції суїцидальної поведінки лише до психіатричної симптоматики. Хоча депресія, тривожні розлади, залежності, ПТСР та інші психічні стани справді підвищують ризик суїцидальності, сучасні огляди наголошують, що більшість людей із психічними розладами не вчиняють суїцидальних дій. Саме тому Р. О'Коннор і М. Нок, а пізніше й інші дослідники, запропонували зосередитися на специфічно психологічних механізмах – відчутті поразки, пастки, безнадії, соціального відчуження, імпульсивності, проблемах емоційної регуляції та особистісних стилях переробки стресу [59]. Для психології це означає, що суїцидальна поведінка є феноменом порушеної адаптації та кризи суб'єктивного функціонування, а не лише похідною від нозологічної категорії.

Особливе значення для сучасної науки має соціально-психологічний вимір суїцидальної поведінки. Людина стає вразливою не тільки через індивідуальні риси, а й через руйнування значущих зв'язків, досвід соціального виключення, відчуття тягаря для інших, втрату приналежності та підтримки. У ряді сучасних праць саме дефіцит соціальної включеності розглядається як одна з ключових умов суїцидалізації. І. Шило, аналізуючи чинники суїцидальності серед військовослужбовців, підкреслює роль

сімейних конфліктів, недостатньої соціальної підтримки, професійного виснаження та тривалого перебування в умовах високого стресу [25]. В іншому джерелі знаходимо, що хронічні труднощі, критично значущі життєві обставини, конфлікти і недостатність особистісних ресурсів розглядаються як підґрунтя формування суїцидальних тенденцій у військових [26]. Хоча ці висновки стосуються військових, але вони мають ширше значення для розуміння дорослих в екстремальних умовах загалом.

Для сучасного тлумачення поняття суїцидальної поведінки важливим є також її зв'язок із категоріями девіантної та дезадаптивної поведінки. Л. Андрієті та Л. Ваврик, аналізуючи девіантну поведінку, включають аутоагресивну, тобто суїцидальну, поведінку до структури девіантних порушень, що виникають унаслідок впливу стресогенних, соціальних та психологічних факторів [1]. Водночас таке включення не означає зведення суїцидальної поведінки лише до порушення соціальної норми. На відміну від інших форм девіації, вона має виразний внутрішньо-особистісний і кризовий характер, а тому повинна розглядатися як специфічна форма дезадаптації, де поєднуються переживання нестерпного страждання і втрати психологічних засобів його подолання.

У психології дедалі більшої підтримки набуває ідея про принципову відмінність між чинниками виникнення суїцидальних думок і чинниками переходу до дії. Такий підхід дістав назву концептуальної рамки «від суїцидальних думок до дій». У межах цього напрямку наголошується, що формування суїцидальної ідеації пов'язане передусім із поразкою, пасткою, безнадією, соціальним відчуженням і відчуттям тягара, тоді як перехід до спроби частіше зумовлюють імпульсивність, звикання до болю, знижений страх смерті, попередній досвід самоушкодження або інші фактори набутої здатності до вчинку [39]. Це означає, що поняття суїцидальної поведінки повинно охоплювати не лише вже наявні дії, а весь психологічний шлях від кризової ідеації до реалізації наміру.

Слід окремо наголосити, що в сучасній вітчизняній психології поняття суїцидальної поведінки все частіше осмислюється в контексті війни, тривалого стресу та екстремальних обставин. У таких умовах змінюється не лише частота ризиків, а й сам психологічний зміст суїцидальності. Вона починає формуватися на тлі хронічного виснаження, втрат, бойового стресу, порушення базового почуття безпеки, моральних травм і руйнування життєвої перспективи. Саме тому в українських фахових виданнях дедалі більше акцентується увага на зв'язку суїцидальної поведінки з дезадаптацією в умовах війни, дефіцитом підтримки, відчуженням, депресивними і тривожними станами та необхідністю ранньої психологічної профілактики [1, 25].

Таким чином, аналіз сучасних наукових джерел дає підстави стверджувати, що поняття суїцидальної поведінки в психологічній науці пройшло шлях від вузького розуміння самогубства як окремого вчинку до цілісного бачення його як багаторівневого процесу, що включає думки, переживання, наміри, підготовчі дії та спроби. Сьогодні цей феномен розглядається як результат складної взаємодії особистісних, емоційних, когнітивних, соціально-психологічних і ситуаційних чинників. При цьому ключове значення мають такі категорії, як психологічний біль, безнадія, фрустрація, втрата смислу, соціальне відчуження, дезадаптація та дефіцит ресурсів подолання.

1.2. Суїцидальна поведінка як об'єкт психологічного аналізу: генезис та сучасні підходи

Як зауважувалося в пункті 1.1, у сучасній психологічній науці суїцидальна поведінка розглядається як складний багаторівневий процес, який формується під впливом емоційних, когнітивних, міжособистісних, особистісних і соціокультурних чинників. Саме тому теоретичні концепції, їх генезис і власне вже сучасні підходи до проблематики «суїциду» як психологічного явища, пов'язаного з екзистенційно-ціннісним і емоційно-

афективним виміром життя особистості мають надзвичайно важливе значення. Вони дозволяють не лише пояснити механізми виникнення суїцидальних думок і намірів, а й відрізнити чинники, що зумовлюють появу ідеації, від чинників, які підвищують ризик переходу до дії.

Фундамент для розуміння соціальних чинників суїциду було закладено Е. Дюркгеймом в відомій праці 1897 року «Самогубство». У ній соціолог виділив чотири типи суїцидальної поведінки: егоїстичний, альтруїстичний, аномічний та фаталістичний [43]. В психоаналітичній традиції завдяки З. Фрейду маємо Танатос – «потяг до смерті». Відповідно відомий психоаналітик розглядав суїцид як результат спрямованої всередину агресії (інтросекція об'єкта) та прояв «потягу до смерті» [46]. У продовження напрацювань З. Фрейда інший психоаналітик А. Адлер пов'язував суїцидальні тенденції з глибоким почуттям неповноцінності та прагненням через акт самогубства маніпулювати оточенням або помститися йому [36].

У когнітивно-поведінковому та інтерактивному напрямках маємо дослідження в контексті проблематики суїцидальної поведінки А. Бека, М. Лайнен і Т. Джойнера. Саме Аарону Беку належить теорія, де ключовим предиктором суїциду є безнадія (hopelessness). Зокрема, він довів, що саме негативні очікування щодо майбутнього є сильнішим чинником, ніж депресія сама по собі [38]. Автор міжособистісної теорії суїциду Т. Джойнер виділив три умови, необхідні для здійснення спроби: 1) відчуття себе тягарем для інших; 2) відчуження (відсутність належності до групи); 3) набута здатність до самоушкодження (зниження страху перед болем і смертю) [50]. А. Лайнен розробила діалектично-поведінкову терапію (DBT), яка є «золотим стандартом» роботи з хронічною суїцидальністю та межовим розладом особистості [53].

В сучасній клінічній психології знаковими визнаються праці Е. Шнейдмана і К. Меннінгер. Перший з названих клініцистів вважається засновником сучасної суїцидології. Власне він увів поняття «психалгія» (психічний біль) [65]. За Шнейдманом, суїцид – це не бажання смерті, а

спосіб припинити нестерпний душевний біль, коли потреби людини не задовольняються. У праці К. Меннінгера «Війна з самим собою» набув продовження психоаналітичний підхід до вивчення проблематики суїцидальної поведінки. Ним виділено три складові суїцидального акту: бажання вбити, бажання бути вбитим і бажання померти [54].

У новітніх оглядах підкреслюється, що сучасна суїцидологія дедалі більше відходить від лінійних пояснень і тяжіє до інтегративних моделей, які поєднують внутрішньо-особистісні переживання, соціальне середовище, стресові події та індивідуальні особливості саморегуляції. Саме такий підхід дає можливість зрозуміти суїцидальну поведінку як динамічний процес, що розгортається в часі, має власні етапи, критичні переходи та психологічні маркери. Про складну багатофакторну природу суїцидальної поведінки пишуть Ю. Асєєва та Л. Ахунова [2], а систематичний огляд І. Діас-Оліван, А. Поррас-Сеговія, Г. Гонсалес-Васкес, наголошує, що найбільш продуктивними нині є саме інтегровані моделі, здатні поєднати біологічні, психологічні та соціальні змінні [41].

Загалом сучасні моделі суїцидальної поведінки можна умовно поділити на кілька великих груп. До першої належать класичні соціально-психологічні та психодинамічні підходи, які заклали основу для розуміння суїциду як явища, пов'язаного з порушенням зв'язків особистості із соціальним світом, втратою сенсу, внутрішнім конфліктом і кризою самоідентичності. До другої групи належать когнітивно-поведінкові концепції, що акцентують увагу на значущості безнадії, когнітивної ригідності, психологічного болю, викривлених переконань та дефіциту навичок подолання. Третю групу становлять сучасні інтегративні моделі, зокрема міжособистісна психологічна теорія суїциду (IPTS, Т. Джойнер), інтегрована мотиваційно-вольова модель (IMV, Р. О'Коннор) та трьохкрокова теорія (Three-Step Theory, 3ST, Д. Клоунскі, А. Мей), які намагаються пояснити, як саме людина переходить від страждання до ідеації, а від ідеації – до суїцидальної спроби.

Крім того, упродовж останніх років зростає інтерес до клініко-орієнтованих моделей, які не лише пояснюють ризик, а й допомагають структурувати психологічну допомогу, кризове втручання та психотерапію. Це особливо важливо в умовах війни, масових травматичних подій та хронічного стресу, коли суїцидальна поведінка дорослих не може бути пояснена лише однією змінною чи єдиним механізмом [30].

Хоча класичні моделі не входять до кола новітніх концепцій, сучасні автори продовжують посилалися на них як на теоретичне підґрунтя суїцидології. У наративному огляді І. Лігоріо, Б. Колвара та Ж. Рібейру підкреслюється, що одна з найперших рамок осмислення суїциду пов'язана з уявленням про порушення соціальної інтеграції, втрату належності й ослаблення нормативного порядку життя. Попри історичність цього підходу, він залишається важливим для пояснення того, чому соціальна ізоляція, руйнування звичних зв'язків і дезорганізація середовища підвищують суїцидальний ризик [52]. Для сучасної психології ця логіка особливо актуальна у зв'язку з війною, вимушеним переселенням, втратою роботи, руйнуванням родинних зв'язків та іншими екстремальними обставинами. Саме в таких умовах стає очевидним, що суїцидальна поведінка формується не лише «всередині» людини, а й у просторі її порушених стосунків зі світом. Схожу думку простежує і теоретичний аналіз Ю. Асєєвої та Л. Ахунової, де наголошено, що суїцидальна поведінка виникає внаслідок складної взаємодії особистісних і соціальних детермінант [2].

Окреме місце в теоретизації суїцидальної поведінки посідають когнітивні моделі. Їх центральна теза полягає в тому, що людина переходить до суїцидальної ідеації не просто через силу стресу, а через специфічний спосіб його психічної обробки. У межах когнітивного підходу особливе значення мають безнадія, негативні автоматичні думки, звуження альтернатив, ригідність мислення, фіксація на стражданні та переконання, що життєва ситуація є невиправною. Хоча власне когнітивна модель суїцидальної поведінки була сформульована раніше, сучасні дослідження

продовжують перевіряти її положення. Так, у систематичному огляді теоретичних моделей зазначено, що когнітивні змінні – передусім безнадія, дефіцит проблемно-розв’язувального мислення й негативна інтерпретація майбутнього – залишаються одними з найстійкіших предикторів суїцидальності [30]. У новіших емпіричних роботах також наголошується на ролі когнітивної персеверації та фіксації на суїцидальному змісті як механізмах підтримання ризику [44]. Для дорослих в екстремальних умовах ця модель є важливою, адже пояснює, чому тривалий стрес не автоматично веде до суїцидальності. Вирішальним є те, чи набуває внутрішній діалог людини форми безнадії й тотального звуження бачення майбутнього.

Українські автори також фактично спираються на когнітивно-афективну логіку пояснення суїцидальності. О. Хміляр та Л. П’янківська, аналізуючи суїцидальний намір, підкреслюють, що його діагностика неможлива без урахування фрустрації, звуження свідомості, внутрішньої безвиході й особливостей оцінювання власного життя та майбутнього [29]. Їхній підхід важливий тим, що він поєднує діагностичний, особистісний і профілактичний ракурс. Суїцидальна налаштованість розглядається як процес, у якому змінюються не лише емоції, а й сама система інтерпретації життєвого досвіду. У цьому сенсі когнітивна модель виявляється не лише теорією виникнення ризику, а й підставою для профілактичної роботи. Якщо вдається відновити гнучкість мислення, відчуття перспективи та здатність бачити альтернативи, суїцидальна ідеація послаблюється. Така логіка безпосередньо перегукується з сучасними когнітивно-поведінковими інтервенціями, орієнтованими на роботу з безнадією, внутрішнім болем та кризовими переконаннями.

Однією з найвпливовіших сучасних концепцій є міжособистісна психологічна теорія суїциду Т. Джойнера (IPTS). У сучасних оглядах її описують як модель, відповідно до якої суїцидальне бажання формується насамперед через поєднання двох станів: переживаного відчуття тягара для інших і фрустрованої потреби належності, тоді як перехід до суїцидальної дії

пов'язаний із набуттям здатності до суїциду, тобто зниженням страху смерті та підвищенням толерантності до болю [50]. У систематичному огляді І. Діас-Оліван ця модель названа однією з ключових у сучасній суїцидології саме тому, що вона чітко розводить мотиваційні й поведінкові механізми [41]. Її значення особливо велике для розуміння дорослих людей в екстремальних умовах. У ситуації війни, тяжкої хвороби, втрати соціального статусу або тривалого безробіття людина може дедалі частіше сприймати себе тягарем для близьких, а ізоляція або розрив зв'язків – посилювати переживання непотрібності. Таким чином, міжособистісна теорія переводить увагу від «внутрішньої слабкості» до якості людських зв'язків та суб'єктивного досвіду включеності в них.

Важливим кроком у розвитку суїцидології стала інтегрована мотиваційно-вольова модель суїцидальної поведінки Р. О'Коннора (IMV), яка сьогодні вважається однією з найбільш розроблених. У сучасному систематичному огляді К. Соуза, Е. Сосу, С. Томсон та С. Расмуссен зазначено, що ця модель ділить формування суїцидальності на три фази: передмотиваційну, мотиваційну та вольову. Передмотиваційна фаза охоплює біопсихосоціальний контекст, життєві події та вразливості; мотиваційна пояснює, як переживання поразки й приниження переходять у відчуття пастки та далі – у суїцидальну ідеацію Вольова фаза стосується чинників, які визначають, чи буде здійснено перехід від думки до дії [66]. Автори показують, що найбільше емпіричне підтвердження мають зв'язки між поразкою, пасткою та суїцидальною ідеацією, хоча не всі шляхи моделі однаково добре перевірені. Саме тому IMV-модель є надзвичайно цінною для аналізу дорослих в екстремальних умовах: вона дозволяє побачити, як зовнішні катастрофічні події поступово трансформуються у внутрішній досвід безвиході.

Суттєвою перевагою IMV-моделі є те, що вона розглядає суїцидальність не як наслідок одного симптому, а як процес послідовного психологічного руху. Людина спочатку переживає втрату, поразку,

припинення або радикальне порушення життєвої норми. Далі, якщо в неї виникає відчуття «пастки», з якої немає виходу, формується суїцидальна ідеяція. Однак навіть у цей момент думка ще не тотожна вчинку. Для переходу до поведінки важливі додаткові вольові модератори: доступність засобів, імпульсивність, звикання до болю, досвід попередніх самоушкоджень, моделювання поведінки у значущому середовищі та ін. Саме таке розмежування сьогодні вважається одним із найцінніших здобутків ідеяційно-акційного підходу. Це також пояснює, чому в реальній клінічній практиці зниження суїцидальних думок не завжди автоматично означає зниження ризику спроби, і навпаки. На цю відмінність звертають увагу як К. Соуза у контексті IMV-моделі [66].

Близькою до IMV-моделі, але більш лаконічною і практично орієнтованою є трьохкрокова теорія суїциду. Е. Клонскі, М. Пахковскі, А. Шахназ та А. Мей подають її як «стислу, доказову й придатну до застосування» концепцію, що пояснює суїцид у термінах чотирьох основних чинників: болю, безнадії, зв'язку та здатності до суїциду [51]. Відповідно до цієї теорії, на першому кроці суїцидальна ідеяція виникає тоді, коли психологічний біль поєднується з безнадією. На другому – ідеяція посилюється, якщо біль перевищує зв'язок людини з життям, тобто якщо ослаблюється відчуття прив'язаності до людей, ролей, цінностей і смислів, на третьому – перехід до спроби відбувається за наявності здатності до суїциду. Таким чином, 3ST особливо корисна тим, що підкреслює захисну роль зв'язку. Навіть за сильного болю і безнадії людина може не перейти критичну межу, якщо зберігає реальні або символічні опори життя.

Для дорослих в екстремальних умовах трьохкрокова теорія має особливу пояснювальну силу. В умовах війни, окупації, втрат, тяжких професійних перевантажень чи вимушеної міграції психологічний біль і безнадія справді можуть різко зростати, однак вирішальною виявляється не лише інтенсивність страждання, а й ступінь збереженого зв'язку людини з іншими, з життєвими ролями, із власними цінностями та з уявленням про

майбутнє. Якщо такий зв'язок ослаблюється, людина втрачає не просто підтримку, а саму внутрішню протипагу суїцидальній логіці. Саме ця теза робить 3ST надзвичайно цінною для практичної психології, адже вона переводить профілактику в площину відновлення смислу, належності та включеності. Не випадково сучасні емпіричні дослідження й огляди продовжують використовувати 3ST як основу для вивчення суїцидальної ідеації та факторів її ескалації [51].

У межах сучасної теоретизації важливо виокремити й так звану рамку «від суїцидальних думок до дій», або ідеаційно-акційний підхід, який фактично інтегрує низку провідних моделей – міжособистісну теорію, IMV-модель та модель трьох кроків (3ST). Його головна ідея полягає в тому, що суїцидальна ідеація та суїцидальна спроба мають не тотожні предиктори. Це означає, що психологічні чинники, які пояснюють, чому людина страждає настільки, що з'являються думки про смерть, не повністю збігаються з чинниками, що визначають, чому людина наважується діяти. Саме це розмежування дедалі частіше використовується і в сучасних метааналізах психологічних втручань.

Поряд із пояснювальними моделями дедалі більшого значення набувають клініко-практичні моделі, які адаптують теоретичні ідеї до психотерапевтичної та кризової роботи. У статті Д. Джобс і співавт. наголошується, що серед підходів з найвищим рівнем емпіричної підтримки нині виокремлюють CAMS і DBT. Автори підкреслюють, що ці моделі не скасовують теорій суїцидальності, а перетворюють їх на інструменти клінічної дії, фокусуючись на конкретних драйверах суїцидального стану та навичках його регуляції [49]. У цьому ж напрямі В. Джансен та співавт. показали, що СВТ-втручання з наративною оцінкою «найгіршої точки» кризи асоційовані зі зменшенням ризику суїцидальної спроби, оскільки краще виявляють конкретні сили, що ведуть до поведінкового переходу [48].

В українському науковому полі цю тенденцію відображає стаття А. Раскосової та Т. Іванової, де здійснено теоретичний аналіз інтеграції

метакогнітивної та діалектичної поведінкової терапії в корекції суїцидальної поведінки [23]. Авторки показують, що суїцидальна поведінка підтримується не лише глибоким емоційним болем, а й румінаціями, дисфункційними метакогніціями, труднощами емоційної регуляції та імпульсивністю. Саме тому комбінування підходів, орієнтованих на зниження румінацій, підвищення усвідомленості, розвиток толерантності до дистресу та міжособистісної ефективності, виглядає теоретично виправданим. Хоча ця стаття має насамперед психотерапевтичний фокус, вона водночас демонструє важливу особливість сучасної суїцидології. Теоретичні моделі дедалі менше існують окремо від моделей допомоги. Для дослідження дорослих в екстремальних умовах це суттєво, адже у воєнному контексті потрібні не абстрактні схеми, а такі концепти, які можна перевести у мову профілактики, кризового консультування і психологічного супроводу.

Ще однією цікавою сучасною розробкою є модель амбівалентності суїцидальності, запропонована Т. Тейсманн та співавт. Ця модель описується як орієнтаційна схема для терапії суїцидальних пацієнтів. Вона поділяє суїцидальний процес на фазу невизначеності, фазу переходу та фазу дії й наголошує, що амбівалентність супроводжує людину протягом усього процесу [67]. Автори критикують певну одновекторність частини попередніх моделей, оскільки ті переважно описують сили, що штовхають людину до суїцидальної поведінки, і менше уваги приділяють силам, які втримують її від дії. У контексті дорослих в екстремальних умовах це зауваження є дуже важливим: людина може одночасно переживати і сильний відчай, і не менш сильне прагнення жити, дбати про дітей, виконувати моральний обов'язок або зберігати зв'язок із близькими. Саме тому сучасні моделі дедалі частіше розглядають суїцидальність як поле внутрішньої боротьби, а не як прямолінійну траєкторію.

Якщо узагальнити розглянуті підходи, можна побачити кілька ключових закономірностей. По-перше, сучасні моделі майже однотайно відмовляються від уявлення про єдину причину суїциду. По-друге, вони

підкреслюють процесуальний характер суїцидальності: від переживання болю чи поразки до ідеації, від ідеації до наміру, від наміру до дії. По-третє, більшість новітніх моделей сходяться на тому, що міжособистісні змінні – самотність, втрата зв'язку, переживання себе тягарем, дефіцит підтримки – мають не менше значення, ніж внутрішньо-особистісні. По-четверте, вони дедалі більше враховують захисні фактори: зв'язок із життям, смисл, соціальну підтримку, навички емоційної регуляції, терапевтичний альянс, здатність витримувати кризу. Саме в цьому полягає головна відмінність сучасної суїцидології від ранніх редуccionістських підходів. Сьогодні йдеться не лише про те, що «породжує» суїцидальність, а й про те, що може її стримувати, послаблювати та трансформувати.

1.3. Психологічні чинники ризику та ресурси резильєнтності в дорослих в екстремальних умовах

У сучасній психології вивчення суїцидальної поведінки дорослих дедалі тісніше пов'язується з аналізом екстремальних умов життєдіяльності, оскільки саме в обставинах війни, вимушеного переміщення, тривалої невизначеності, втрати безпеки, соціальної дестабілізації та повторюваних психотравмувальних подій різко посилюється навантаження на адаптаційні механізми особистості. У наукових оглядах останніх років підкреслюється, що гуманітарні кризи, збройні конфлікти, внутрішнє переміщення, економічне виснаження та руйнування звичного способу життя підвищують ризик суїцидальних думок і поведінкових проявів, тоді як психологічна стійкість, доступ до підтримки та відчуття включеності в соціальні зв'язки здатні виконувати захисну функцію. Саме тому аналіз психологічних чинників ризику не може бути відокремлений від вивчення ресурсів резильєнтності, які або пом'якшують вплив екстремального стресу, або, навпаки, виснажуються під його тривалою дією [12, 46].

Екстремальними умовами у психологічному розумінні є не лише зовнішньо небезпечні обставини, а й такий тип життєвої ситуації, у межах

якої людина втрачає звичні орієнтири, передбачуваність майбутнього, базове відчуття контролю та можливість спиратися на сталі форми саморегуляції. О. Чиханцова зазначає, що ситуація невизначеності переживається як неповнота або суперечливість інформації, нерозв'язність життєвого завдання та необхідність діяти в умовах браку ясних смислових опор [31]. Своєю чергою О. Медянова, Л. Дворніченко, Л. Любіна, В. Шкраб'юк та О. Кононенко підкреслюють, що війна є чинником не лише ситуативного стресу, а й тривалої моральної та психічної виснаженості, яка підриває психологічне благополуччя, поглиблює внутрішню дезорганізацію та вимагає пошуку спеціальних механізмів стабілізації особистості [18]. Отже, екстремальні умови слід розглядати як середовище підвищеного психологічного ризику, де чинники небезпеки діють не ізольовано, а накопичуються, взаємно посилюючи один одного.

Одним із провідних чинників ризику суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах є травматизація, яка насамперед пов'язана з переживанням загрози життю, втрати близьких, участі у бойових подіях, свідченням руйнувань, вимушеним переселенням і тривалим перебуванням у стані небезпеки. Т. Смірнова у теоретичному аналізі етіології посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців підкреслює, що ПТСР має комплексний характер і формується внаслідок бойової травми, а не просто одноразового стресу [26]. Аналогічно сучасні міжнародні огляди гуманітарних криз вказують, що збройні конфлікти, внутрішнє переміщення та суспільна нестабільність збільшують психологічну вразливість населення і пов'язані з вищим ризиком суїцидальних думок та саморуйнівних тенденцій [46]. Таким чином, психотравма в екстремальних умовах виступає не лише фоном, а одним із базових механізмів підвищення суїцидального ризику через руйнування почуття безпеки, зниження витривалості та формування стійкого стану внутрішньої загрози.

Не менш значущими є емоційні чинники ризику. У вітчизняній психології наголошується, що ключову роль у формуванні суїцидальних

тенденцій відіграють безнадія, емоційне виснаження, фрустрація, гостре переживання безвиході та тривале почуття внутрішньої безпорадності. О. Хміляр і Л. П'янківська підкреслюють, що суїцидальний намір часто розвивається в особливу кризову мить, коли психіка переживає стан тотальної безнадії, а сама людина різко звужує бачення можливих виходів із ситуації [29]. І. Шило, аналізуючи суїцидальність у військовому середовищі, також пов'язує зростання суїцидальних намірів із глибокими емоційними порушеннями, психотравматичними подіями та внутрішнім сприйняттям проблем як таких, що не піддаються розв'язанню [25].

До емоційних чинників ризику тісно прилягають когнітивні. Серед них особливо важливими є відчуття безперспективності, негативне прогнозування майбутнього, ригідність мислення, переконання у власній неспроможності впливати на події та схильність інтерпретувати кризу як остаточний життєвий тупик. О. Хміляр і Л. П'янківська показують, що суїцидальний намір має не тільки емоційну, а й когнітивну природу, оскільки людина перестає бачити альтернативи, втрачає гнучкість оцінки подій і схильна розглядати власне життя через оптику невинності ситуації [9]. Подібну думку висловлює І. Шило, наголошуючи, що в механізмах виникнення суїцидальної поведінки провідну роль відіграє не тільки тиск зовнішніх подій, а й те, як особистість сприймає свої труднощі та можливості їх розв'язання [33]. Це означає, що одна й та сама об'єктивно складна ситуація може по-різному впливати на людей залежно від того, чи зберігає доросла людина здатність мислити багатоваріантно, чи переходить до тунельного бачення власної реальності.

Окрему групу чинників ризику становлять соціально-психологічні обставини. Екстремальні умови дуже часто руйнують звичне соціальне оточення, послаблюють родинні та професійні зв'язки, провокують самотність, почуття непотрібності, переживання себе тягарем для інших і знижують доступність психологічної допомоги. Систематичний огляд і метааналіз Н. Дарвіші, Дж. Пуrolаджал, Б. Азмі-Наеї та М. Фархаді показав,

що високий рівень соціальної підтримки асоціюється зі зниженням ризику суїцидальних думок, планів, спроб і летальних випадків. Автори підкреслюють, що соціальна підтримка має стабільний захисний ефект у різних групах населення [40]. У контексті військових і ветеранів R. Ramchand також наголошує на необхідності спільнотної та позасистемної підтримки, оскільки лише клінічних механізмів недостатньо для повноцінного зниження ризику [63]. Тому в умовах війни, вимушеної міграції чи тривалої соціальної нестабільності саме порушення належності до значущих стосунків часто стає одним із критичних психологічних маркерів небезпеки.

Соціально-психологічний ризик посилюється тоді, коли до нього додаються труднощі адаптації. У роботах, присвячених військовому контексту, підкреслюється, що низька адаптованість до нових умов служби, змін у життєвій ролі, невизначеності строків, стресових подій і втрати попередньої життєвої структури безпосередньо ускладнює підтримання психологічної стійкості. У дослідженні щодо адаптації військовослужбовців в умовах воєнного стану зазначено, що ризик суїцидальної поведінки зростає там, де процес адаптації ускладнюється психотравмувальними подіями, невизначеністю, віковими та освітніми відмінностями, а також обмеженими індивідуально-психологічними ресурсами [24]. Для дорослої людини в екстремальних умовах це має принципове значення: чим складніше інтегрувати нову реальність у власну ідентичність і життєвий сценарій, тим вищим стає ризик дезадаптації, відчаю та втрати смислових орієнтирів.

Окремо слід сказати про воєнних мігрантів. Питання адаптації воєнних мігрантів є мультидисциплінарним і активно вивчається як класиками психології травми, так і сучасними дослідниками, зокрема українськими, які фокусуються на подіях після 2014 та 2022 років. Так, серед зарубіжних досліджень слід відзначити роботи Т. Джойнер (Thomas Joiner). Його «Міжособистісна теорія суїциду» часто використовується для аналізу мігрантів. Вона виділяє два критичні чинники: відчуття відчуженості (невідповідність новому суспільству) та сприйняття себе як тягаря для інших

– обидва стани є типовими при складній адаптації [50]. Б. Сінгх (Bhugwan Singh) вказує на культурні та соціальні детермінанти психічного здоров'я мігрантів, зокрема зв'язок між декультурацією та суїцидальними думками. Д. Бхугра (Dinesh Bhugra) приділяє увагу «культурній втраті» (cultural bereavement) та аналізує її вплив на розвиток депресивних станів і суїцидальної поведінки у мігрантів першого покоління [39].

Серед українських дослідників слід відзначити С. Лукомську, Л. Карамушку, В. Луньова і О. Вознесенську, в полі зору яких, зокрема, знаходяться ризики деструктивної поведінки внаслідок поганої адаптації особистості до умов вимушеного переселення (С. Лукомська); граничні стани особистості, що можуть призвести до саморуйнівної поведінки у ВПО (В. Луньов) [7, 12, 15].

Сучасні науковці підкреслюють, що суїцидальна поведінка у воєнних мігрантів зазвичай виникає не через саму травму війни, а через кумулятивний ефект декількох чинників: втрати статусу, соціальної ізоляції, посттравматичного стресу та невизначеності.

Отож, суттєвим ризик-фактором виступає часто накопичувальний характер стресу. В екстремальних умовах доросла людина часто стикається не з однією подією, а з цілим ланцюгом потрясінь: загрозою життю, переміщенням, фінансовими втратами, розривом звичних соціальних відносин, перевантаженням ролями, необхідністю швидких рішень, хронічним очікуванням небезпеки. Саме хронізація стресу, а не лише його інтенсивність, сприяє розвитку емоційної нестабільності, виснаження і порушень саморегуляції. Тривалий стрес пов'язаний із тривожністю, емоційною нестабільністю, безсонням та загальними змінами поведінкового функціонування в екстремальних умовах [10].

Проте сучасна психологія не обмежується виявленням ризиків, а дедалі активніше зосереджується на ресурсах резильєнтності. О. Медянова, Л. Дворніченко, Л. Любіна, В. Шкраб'юк та О. Кононенко визначають резильєнтність як здатність особистості протистояти складним життєвим

обставинам і знаходити ресурси для відновлення після травмуючої або стресової події [18]. Автори відносять до основних ознак резильєнтності ефективну емоційну регуляцію, відчуття контролю, навички розв'язання проблем, співчуття до себе, підтримку з боку інших і збереження позиції суб'єкта, а не жертви обставин [18].

Важливим є те, що резильєнтність у сучасних дослідженнях розглядається як процес, а не як раз і назавжди надана риса. О. Чиханцова наголошує, що розвиток резильєнтності в ситуаціях невизначеності передбачає поступове формування здатності витримувати неясність, зберігати психологічну гнучкість, приймати неоднозначність обставин і не руйнувати внутрішню опору через брак повної інформації [31]. У цьому сенсі резильєнтність особливо важлива саме для дорослих в екстремальних умовах, тому що їх психологічне функціонування у кризі залежить не тільки від інтенсивності травми, а й від здатності перебудовувати життєві цілі, смисли, самосприйняття та способи взаємодії зі світом. Чим вищою є така гнучкість, тим менша ймовірність переходу від стресової реакції до глибокої дезадаптації.

Одним із найважливіших ресурсів резильєнтності є соціальна підтримка. Вона не просто зменшує самотність, а створює для людини досвід співприсутності, підтверджує її значущість, дає відчуття, що страждання може бути розділеним і витриманим разом з іншими. Метааналіз напрацювань Н. Дарвіші та співавт. дозволяє стверджувати, що високий рівень підтримки статистично пов'язаний зі зниженням ризику суїцидальних думок, планів і смерті від суїциду [40]. У більш вузькому віковому контексті Дж. Садек та співавт. також відзначають, що для старших дорослих саме підвищення сприйманої соціальної підтримки виступає важливим захисним фактором проти ізоляції та депресивного ризику [64]. Це дозволяє зробити ширший висновок: у дорослому віці підтримка виконує не допоміжну, а центральну профілактичну функцію, особливо коли людина переживає екстремальні умови.

Ще одним ресурсом резильєнтності виступає здатність до емоційної саморегуляції та збереження внутрішнього контролю. Саме ці характеристики дають змогу зменшити інтенсивність афективних реакцій, не допустити їх тотального захоплення психіки та поступово повернути собі роль активного суб'єкта. О. Медянова та співавт. відносять до ознак резильєнтності емоційну регуляцію, навички вирішення проблем, підвищення самооцінки й самоефективності [18]. Показово, що в дослідженні Д. Ндтей та співавт. резильєнтність виявила негативні зв'язки з безнадією, депресією, самотністю і суїцидальністю, а найсильніша негативна асоціація спостерігалася саме з безнадією [58]. Тобто резильєнтність не заперечує наявності болю, але зменшує ризик того, що цей біль буде переживатися як остаточний і нестерпний.

До ресурсів резильєнтності також належать смислова організація життя, наявність особистісних цілей, почуття відповідальності перед близькими, духовні або моральні опори та позитивний досвід подолання попередніх криз. У сучасних оглядах, присвячених дорослим і старшим дорослим, серед захисних чинників називаються соціальна підтримка, суб'єктивне благополуччя, релігійність або духовність, а також збереження зв'язку з іншими та відчуття цінності власного життя [43]. У вітчизняному контексті близькі за змістом положення знаходимо в роботах про резильєнтність в умовах війни, де підкреслюються роль самопідтримки, самоефективності, конструктивної активності й уміння відновлювати внутрішню рівновагу [22]. Відповідно, ресурси резильєнтності слід розуміти як систему смислових, емоційних, поведінкових і міжособистісних опор, що утримують людину в життєвому полі навіть за умов сильного стресу.

Узагальнюючи сучасні дослідження, можна стверджувати, що психологічні чинники ризику суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах мають багаторівневий характер. До них належать психотравматизація, ПТСР, хронічний бойовий або кризовий стрес, безнадія, фрустрація, депресивність, емоційне виснаження, когнітивна ригідність,

втрата смисложиттєвої перспективи, соціальна ізоляція, дезадаптація та дефіцит підтримки. Переважно вони носять кумулятивний характер. Водночас ресурсами резильєнтності виступають емоційна саморегуляція, почуття контролю, гнучкість мислення, навички розв'язання проблем, самоефективність, співчуття до себе, соціальна підтримка, смислові орієнтири та здатність витримувати невизначеність. Саме співвідношення між цими двома блоками – ризиком і резильєнтністю – визначає, чи буде доросла людина в екстремальних умовах рухатися шляхом поступової адаптації, чи, навпаки, опиниться в зоні високої суїцидальної вразливості

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз проблеми суїцидальної поведінки в сучасній психологічній науці дає підстави розглядати її як складний, багатовимірний і динамічний феномен, що не зводиться лише до окремого поведінкового акту, а охоплює систему внутрішніх переживань, смислових утрат, когнітивних викривлень, емоційних станів і міжособистісних труднощів. Встановлено, що суїцидальна поведінка трактується в науковому дискурсі як континуум проявів – від суїцидальних думок і намірів до поведінкових дій, що формується під впливом сукупності психологічних, соціальних і ситуаційних чинників. Сучасні підходи акцентують увагу на тому, що визначальним є не лише сам факт наявності кризової ситуації, а й спосіб її суб'єктивного переживання, інтерпретації та включення у внутрішню картину життя особистості.

Встановлено, що сучасні теоретичні моделі суїцидальної поведінки орієнтовані на пояснення її як поетапного процесу, в якому виникнення суїцидальної ідеації та перехід до дії мають різні психологічні механізми. Особливу наукову цінність мають інтегративні моделі, зокрема міжособистісна теорія суїциду, інтегрована мотиваційно-вольова модель і трьохкрокова теорія, оскільки вони дають змогу поєднати аналіз психологічного болю, безнадії, відчуття пастки, соціального відчуження,

втрати належності та чинників, що підвищують поведінкову готовність до ризикованих дій. Ці моделі є особливо продуктивними для аналізу суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах, оскільки дозволяють врахувати як інтенсивність кризового переживання, так і роль міжособистісного контексту, індивідуальних ресурсів та механізмів саморегуляції.

З'ясовано, що в екстремальних умовах психологічні чинники ризику суїцидальної поведінки дорослих значно посилюються внаслідок дії психотравмувальних подій, хронічного стресу, втрати безпеки, дезадаптації, емоційного виснаження, безнадії, соціальної ізоляції та звуження життєвих перспектив. Суїцидальна поведінка в таких умовах зазвичай виникає через кумулятивний ефект декількох чинників: втрати статусу, соціальної ізоляції, посттравматичного стресу та невизначеності. Водночас доведено, що поряд із чинниками ризику важливе значення мають і ресурси резильєнтності, які виконують захисну функцію. До таких ресурсів належать емоційна саморегуляція, здатність до гнучкого осмислення життєвих труднощів, почуття контролю, самоефективність, соціальна підтримка, наявність смислових орієнтирів і збереження зв'язку з іншими людьми. Саме співвідношення між дестабілізуючими чинниками та ресурсами психологічної стійкості значною мірою визначає, яким буде подальший розвиток кризового стану особистості.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

2.1. Методологічне обґрунтування дослідження суїцидальної поведінки дорослих

Методологічне обґрунтування дослідження суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах передбачає насамперед визначення цього явища як складного, багаторівневого та динамічного психологічного феномена, який не може бути пояснений лише одним чинником або однією теоретичною парадигмою. У сучасній психологічній науці суїцидальна поведінка розглядається як континуум внутрішніх і зовнішніх проявів, що охоплює суїцидальні думки, наміри, підготовчі дії та спроби, а її формування пов'язується із взаємодією емоційних, когнітивних, особистісних, соціально-психологічних і ситуаційних змінних. Саме такого підходу дотримуються Ю. Асєєва та Л. Ахунова, які наголошують на багатофакторності суїцидальної поведінки та необхідності її комплексного наукового аналізу [2]. Подібно О. Хміляр і Л. П'янківська підкреслюють, що суїцидальний намір формується на тлі фрустрації, відчуття безвиході, звуження когнітивного поля та порушення бачення альтернатив, тобто має не лише поведінковий, а насамперед психологічний зміст [29]. Це означає, що методологія дослідження має бути орієнтована не на фіксацію окремого симптому, а на вивчення сукупності психологічних механізмів, які визначають суїцидальну вразливість дорослої особистості.

Для дослідження суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах найбільш продуктивним є інтегративний методологічний підхід, який поєднує системний, біопсихосоціальний та суб'єктно-особистісний ракурси. Системний підхід дозволяє розглядати суїцидальну поведінку не як ізольовану реакцію, а як результат взаємодії зовнішніх умов і внутрішніх

ресурсів особистості. Біопсихосоціальна логіка важлива тому, що в реальному житті на суїцидальний ризик впливають не лише психологічні переживання, а й стан здоров'я, соціальна підтримка, життєві втрати, травматичний досвід, культурний контекст та доступність допомоги. У свою чергу суб'єктно-особистісний підхід дає змогу аналізувати, як доросла людина інтерпретує власні труднощі, наскільки зберігає здатність до саморегуляції, чи бачить життєві перспективи та чи має внутрішні підстави для подолання кризи. Так, І. Шило у психологічному аналізі суїцидальності військовослужбовців підкреслює, що механізми виникнення суїцидальної поведінки пов'язані не тільки з об'єктивними труднощами, а й із суб'єктивним сприйняттям особистістю своїх проблем та можливостей їх подолання [26]. Саме тому в центрі емпіричного аналізу мають перебувати не лише зовнішні екстремальні обставини, а й особливості їхнього внутрішнього переживання дорослою людиною.

Окремого методологічного уточнення потребує саме поняття екстремальних умов. У межах цього дослідження вони розуміються як такі життєві обставини, що характеризуються загрозою життю, безпеці, цілісності особистості, різким порушенням звичного способу життя, високою невизначеністю та необхідністю функціонування в умовах надмірного психоемоційного навантаження. Йдеться не лише про безпосередні бойові дії, а й про вимушене переміщення, втрату житла, тривале перебування під загрозою обстрілів, руйнування соціальних зв'язків, професійне виснаження, втрату близьких або інші критичні обставини, що дестабілізують базове відчуття безпеки.

О. Чиханцова визначає ситуацію невизначеності як незавершеність процесу сприйняття або осмислення подій, за якої людині бракує опори для прийняття рішень і збереження психологічної рівноваги [31]. Таке розуміння дозволяє методологічно поєднати в одному дослідженні як зовнішній контекст екстремальності, так і внутрішню психологічну реакцію на нього.

З огляду на мету роботи, методологічно виправданим є вивчення суїцидальної поведінки у зв'язку з особистісними, емоційними та соціально-психологічними показниками. Така логіка впливає з сучасних наукових даних про те, що в умовах війни й інших екстремальних подій суїцидальна вразливість посилюється на тлі безнадії, почуття безпорадності, травматизації, емоційного виснаження, соціальної ізоляції, а також дефіциту адаптаційних ресурсів. Це дає підстави припускати, що в емпіричному дослідженні дорослих в екстремальних умовах доцільно аналізувати не лише суїцидальні тенденції як такі, а й рівень тривоги, депресивних переживань, фрустрації, безнадії, психологічної стійкості, суб'єктивної підтримки та соціальної включеності. Саме такий підхід дає змогу побачити внутрішню структуру ризику й виявити ті змінні, які мають найбільше пояснювальне значення.

Методологічне підґрунтя цього дослідження також спирається на ресурсний підхід, відповідно до якого поряд із чинниками ризику обов'язково мають вивчатися ресурси резильєнтності. О. Чиханцова підкреслює, що резильєнтність пов'язана зі здатністю особистості витримувати невизначеність, зберігати психологічну гнучкість та відновлювати рівновагу після дестабілізуючих подій [31]. У цьому контексті дослідження суїцидальної поведінки не може бути побудоване лише як пошук патологічних проявів. Воно має одночасно виявляти й ті психологічні характеристики, які стримують перехід від кризового переживання до суїцидальної реалізації. До таких характеристик належать емоційна саморегуляція, відчуття контролю, гнучкість мислення, підтримка значущих інших, смисложиттєві орієнтири та наявність суб'єктивно переживаної життєвої перспективи. Саме тому в методології дослідження мають бути закладені не лише ризикові, а й захисні змінні, оскільки без цього неможливо побудувати подальші профілактичні та корекційні висновки.

Ще одним принципово важливим аспектом є психодіагностична валідність дослідження. Сучасні міжнародні огляди підкреслюють, що

вивчення суїцидальних думок і поведінки у дорослих потребує особливо уважного добору інструментів, які мають достатні показники надійності, змістової й конструктивної валідності, а також дозволяють розрізняти різні прояви суїцидальності. За даними огляду О. Поллак та співавт., інструменти, що охоплюють різні часові інтервали, пасивну й активну ідеацію, підготовчі дії, перервані та перервані іншими спроби, мають вищу клінічну й дослідницьку корисність [62]. Звідси випливає, що в межах дипломного дослідження доцільно застосовувати стандартизовані методики, здатні оцінити суїцидальні тенденції в поєднанні з емоційними й особистісними параметрами, а не обмежуватися загальними опитувальними питаннями. Водночас психодіагностика має бути організована так, щоб не посилювати дистрес учасників, а забезпечувати можливість своєчасного реагування на виявлений високий ризик.

Етичний вимір дослідження суїцидальної поведінки є не менш важливим, ніж його теоретична та методична основа. Дослідження, у яких порушується тема суїцидальності, мають будуватися на принципах не нашкодити, доброчинності, поваги до автономії, конфіденційності та справедливості. Це означає, що методологія емпіричного дослідження суїцидальної поведінки дорослих повинна включати не лише процедури збору даних, а й етичний алгоритм супроводу: добровільність участі, анонімність або конфіденційність, право на відмову, делікатне формулювання запитань і наявність маршруту перенаправлення по допомогу в разі потреби.

Отже, методологічне обґрунтування дослідження суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах базується на кількох взаємопов'язаних положеннях. По-перше, суїцидальна поведінка розглядається як багатовимірний психологічний процес, а не як одиничний акт. По-друге, її вивчення потребує інтеграції системного, біопсихосоціального, особистісного та ресурсного підходів. По-третє, в умовах війни та інших екстремальних ситуацій аналіз має охоплювати не

лише суїцидальні тенденції, а й пов'язані з ними емоційні, когнітивні, особистісні й соціально-психологічні характеристики. По-четверте, емпіричне дослідження повинно спиратися на валідні психодіагностичні інструменти та відповідати високим етичним стандартам.

2.2. Організація та методи емпіричного дослідження (вибірка, методики, процедура)

Емпіричне дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах було організоване відповідно до мети роботи, яка полягала у виявленні вираженості суїцидальних тенденцій та встановленні їх зв'язку з емоційними, особистісними й соціально-психологічними характеристиками осіб, що пережили інтенсивні стресогенні події. Побудова дослідження спиралася на сучасне уявлення про суїцидальну поведінку як багатовимірний феномен, для вивчення якого доцільно одночасно оцінювати власне суїцидальний ризик, емоційний дистрес, ресурси життєстійкості та суб'єктивно сприйману соціальну підтримку.

У дослідженні взяли участь 57 дорослих цивільних осіб віком від 25 до 47 років, які мали досвід перебування в екстремальних умовах. До таких умов у межах цього дослідження було віднесено досвід перебування в зоні бойових дій, вимушеного переміщення, проживання в умовах окупації, втрату близьких унаслідок воєнних подій, а також професійну діяльність в умовах підвищеного ризику. Вибірка формувалася за цілеспрямованим принципом, оскільки ключовим критерієм включення був саме наявний досвід переживання екстремальної ситуації. Додатковими критеріями були повноліття, здатність самотійно заповнювати психодіагностичні методики та добровільна згода на участь у дослідженні. Такий підхід є методологічно виправданим, оскільки дозволяє зосередитися саме на тій групі дорослих, для якої проблема психологічної дезадаптації та суїцидальної вразливості є найбільш актуальною.

Авторська анкета була розроблена з метою збору контекстуальної інформації про респондентів, необхідної для подальшої інтерпретації результатів емпіричного дослідження. Анкета містить блоки запитань, спрямовані на виявлення соціально-демографічних характеристик підлітків, особливостей їхнього сімейного та освітнього середовища, специфічного життєвого досвіду, пов'язаного з міграцією, впливом воєнних подій, тривалим перебуванням у стресових умовах, а також на визначення рівня суб'єктивно переживаної соціальної підтримки. Отримані за допомогою анкети дані дають змогу описати вибірку, здійснити групування респондентів за релевантними ознаками та врахувати вплив зовнішніх соціально-психологічних чинників при аналізі основних результатів дослідження (див. додаток А).

Для збору емпіричних даних було використано комплекс стандартизованих методик, які відповідають завданням дослідження. Центральним інструментом для оцінки суїцидальних тенденцій було обрано Опитувальник суїцидального ризику в модифікації Т. Разуваєвої. У посібнику О. Кокуна, Н. Агаєва, І. Пішка, Н. Лозінської та Л. Корні цей інструмент поданий як засіб діагностики суїцидального ризику та виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних аутоагресивних проявів. У межах цього дослідження саме ця методика була використана як базова, оскільки вона дає змогу отримати узагальнений показник суїцидальної вразливості та виявити вираженість відповідних тенденцій у дорослих, які пережили екстремальні обставини. Методика є придатною для психологічного скринінгу ризику й уже застосовується у вітчизняній практиці оцінки суїцидального ризику.

Для оцінки емоційного стану респондентів було використано Шкалу депресії, тривоги та стресу DASS-21 в україномовній версії, підготовленій Ю. Мельником і А. Стадніком. Опитувальник має 21 пункт, який складається з трьох субшкал і призначений для вимірювання негативних емоційних станів – депресії, тривоги та стресу. Для теми нашого дослідження

використання DASS-21 є доцільним, оскільки суїцидальні тенденції дорослих в екстремальних умовах зазвичай формуються на тлі підвищеного емоційного дистресу, а отже, потребують оцінки за трьома близькими, але не тотожними параметрами. Застосування цієї методики дозволило не лише виявити загальний рівень емоційної напруги, а й диференціювати депресивні, тривожні та стресові прояви, що надалі створює основу для аналізу їх зв'язку із суїцидальним ризиком.

Для вивчення захисних ресурсів особистості було застосовано Шкалу життєстійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10) в україномовній версії. Версія охоплює 10 пунктів і спрямована на дослідження життєстійкості особистості, тобто її здатності оговтуватися після стресових подій, травм і життєвих труднощів. У контексті нашого дослідження ця методика мала особливе значення, оскільки дозволяла оцінити не лише рівень психологічної вразливості, а й ресурс протидії дезадаптації. Життєстійкість розглядалася як один із ключових чинників резильєнтності, що може послаблювати вплив екстремального досвіду на формування суїцидальних тенденцій.

Ще одним важливим блоком дослідження стало вивчення міжособистісного ресурсу підтримки. Для цього було використано Багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) в україномовній версії. Шкала складається з 12 пунктів і трьох субшкал – «Сім'я», «Друзі» та «Близькі люди», а також може використовуватися для виявлення осіб, схильних до ризику соціальної ізоляції. Для нашого дослідження ця методика є особливо цінною, оскільки сприймана соціальна підтримка розглядається як важливий захисний чинник щодо суїцидальної поведінки, особливо в осіб, які пережили втрати, переміщення, небезпеку або хронічний стрес. Застосування MSPSS дало змогу оцінити, наскільки респонденти відчують підтримку з боку найближчого оточення і чи можна розглядати цей показник як буфер проти суїцидалізації.

Процедура проведення емпіричного дослідження була організована з урахуванням чутливості теми. Усі учасники отримували коротке пояснення

мети дослідження, інформацію про добровільний характер участі, право припинити заповнення методик на будь-якому етапі без пояснення причин, а також гарантії конфіденційності. Опитування проводилося в індивідуальному форматі, у спокійних умовах, без стороннього тиску, з дотриманням коректного й ненасильницького способу пред'явлення запитань. Такий порядок відповідає загальним принципам етичної психологічної роботи з темою суїцидальності, де критично важливо мінімізувати ризик повторної травматизації та забезпечити психологічну безпеку респондентів.

У зв'язку з цим у процедурі дослідження було передбачено додатковий етичний запобіжник: якщо під час обстеження виявлялися ознаки високої суїцидальної вразливості або вираженого емоційного дистресу, респонденту повідомлялася рекомендація звернутися по фахову психологічну чи психіатричну допомогу. Це положення є принципово важливим не лише з етичної, а й з методологічної точки зору, оскільки дослідження суїцидальної поведінки не може бути нейтральною технічною процедурою. Воно завжди передбачає відповідальність дослідника за безпечний формат контакту з учасником. Саме тому психодіагностичне обстеження проводилося не як формальний збір тестових даних, а як контрольований і психологічно коректний процес.

Обробка результатів передбачала кількісний і якісний аналіз. На кількісному рівні планувалося визначення середніх значень, частотного розподілу показників, рівнів вираженості суїцидального ризику, депресії, тривоги, стресу, життєстійкості та соціальної підтримки. На якісному рівні передбачалася інтерпретація співвідношення між ризиковими та захисними змінними, а також виявлення тих психологічних комбінацій, які найбільш чітко характеризують дорослих із підвищеною суїцидальною вразливістю в екстремальних умовах.

Отже, організація емпіричного дослідження була побудована на основі цілеспрямованого добору вибірки дорослих із досвідом перебування в екстремальних умовах, використання реальних україномовних

психодіагностичних методик і дотримання етичних вимог роботи з чутливою тематикою. Комплекс застосованих інструментів дозволяє всебічно оцінити як власне суїцидальні тенденції, так і пов'язані з ними емоційні, ресурсні та соціально-психологічні параметри. Саме тому обраний діагностичний комплекс можна вважати методично обґрунтованим для подальшого аналізу психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах.

2.3. Аналіз психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах

Результати, отримані за допомогою авторської анкети, дали змогу уточнити соціально-психологічний контекст життя дорослих респондентів та виявити ті зовнішні умови, які можуть посилювати психологічну вразливість особистості в екстремальних обставинах. Анкета не була самостійним діагностичним інструментом для встановлення клінічних висновків, однак дозволила простежити сукупність чинників ризику, пов'язаних із тривалим стресом, вимушеними життєвими змінами, порушенням соціальних зв'язків та зниженням доступності підтримки.

У вибірку увійшло 57 дорослих осіб, серед яких 31 жінка (54,4%) і 26 чоловіків (45,6%). За віком респонденти розподілилися так: 18-25 років – 14 осіб (24,6%), 26-35 років – 19 осіб (33,3%), 36-45 років – 13 осіб (22,8%), 46 років і старші – 11 осіб (19,3%). Отже, найбільш чисельною виявилася група молодих і ранньозрілих дорослих, які в умовах суспільної нестабільності часто поєднують професійне становлення, сімейну відповідальність і необхідність адаптації до змінених умов життя. Саме ця вікова категорія, за даними анкетування, виявилася особливо чутливою до поєднання соціально-економічного тиску та емоційного виснаження (рис. 2.1).

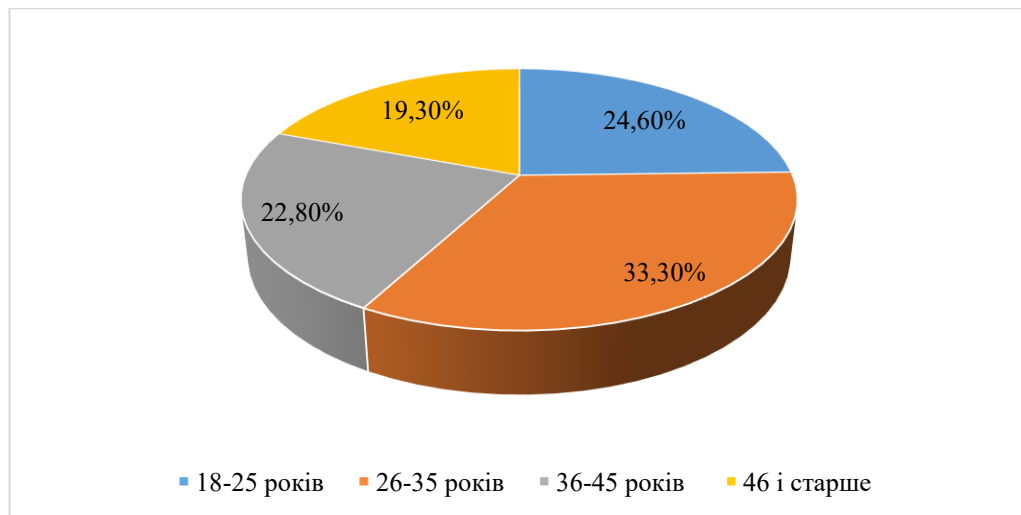


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віком

Аналіз сімейного статусу показав, що 24 респонденти (42,1%) перебували у шлюбі або стабільних партнерських стосунках, 18 осіб (31,6%) були неодруженими, а 15 осіб (26,3%) – розлученими, у стані сепарації або втратили партнера. Водночас встановлено, що саме респонденти, які проживали без постійного емоційного партнера або пережили розрив важливих стосунків, частіше повідомляли про відчуття самотності, зниження емоційної стійкості та зменшення відчуття життєвої опори. Це дає підстави розглядати сімейну включеність як один із важливих буферних чинників, що послаблює психологічну дезадаптацію в екстремальних умовах.

За показником зайнятості було виявлено, що 21 особа (36,8%) мали стабільну роботу, 14 респондентів (24,6%) працювали нерегулярно або мали нестабільну зайнятість, 12 осіб (21,1%) були безробітними, а ще 10 осіб (17,5%) тимчасово не працювали через обставини війни, переміщення або сімейні труднощі. Отримані дані свідчать, що нестійкий економічний стан і відсутність передбачуваності у професійній сфері є важливими факторами емоційної дестабілізації. У респондентів із нестабільною або втраченою зайнятістю частіше фіксувалося переживання безсилля, тривале внутрішнє напруження, труднощі в плануванні майбутнього та зниження суб'єктивного контролю над власним життям.

Окремий блок анкети стосувався досвіду перебування в екстремальних умовах. Було встановлено, що 22 особи (38,6%) пережили вимушене переміщення, 19 осіб (33,3%) тривалий час проживали в умовах постійної загрози або нестабільності, 16 осіб (28,1%) повідомили про суттєві втрати майна, роботи чи звичного способу життя. При цьому частина респондентів мала одночасно кілька з названих факторів, що значно посилювало загальний рівень стресового навантаження. Найбільш несприятливим виявилось поєднання вимушеного переміщення, економічної нестабільності та розриву звичних соціальних контактів, оскільки саме воно формувало відчуття викоріненості, ізолюваності та втрати перспективи (рис. 2.2).

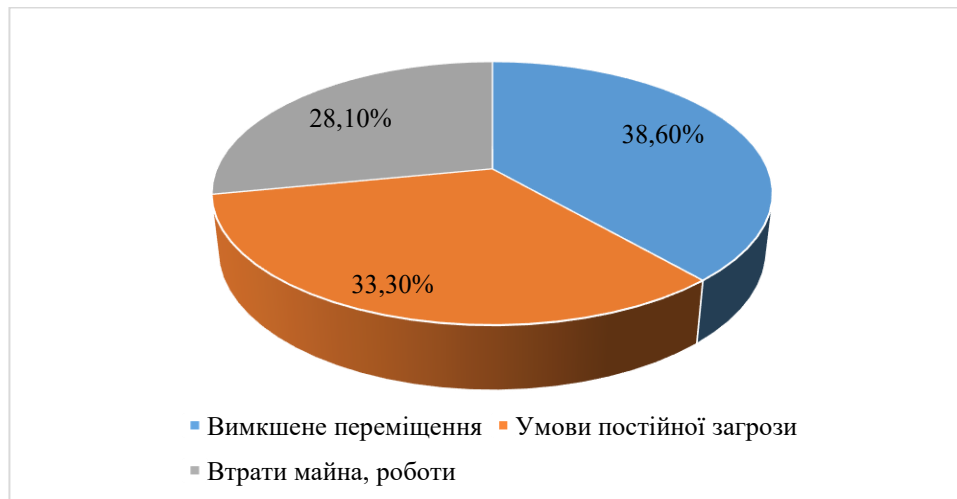


Рис. 2.2. Досвід перебування в екстремальних умовах

За тривалістю перебування у стресових умовах 9 осіб (15,8%) зазначили, що живуть у таких обставинах менше шести місяців, 14 осіб (24,6%) – від шести місяців до року, 18 осіб (31,6%) – від одного до двох років, 16 осіб (28,1%) – понад два роки. Таким чином, для більшості опитаних характерним було не короткочасне, а саме пролонговане стресове навантаження. Це має принципове значення для інтерпретації результатів, адже тривалий стрес зазвичай не лише виснажує адаптаційні ресурси, а й поступово змінює емоційно-когнітивну сферу особистості: посилює песимістичні очікування, звужує часову перспективу, знижує відчуття контролю та ослаблює мотивацію до активного подолання труднощів.

Важливим показником, який аналізувався в межах анкети, був рівень суб'єктивно переживаної соціальної підтримки. Високий рівень підтримки виявлено у 11 респондентів (19,3%), середній – у 24 осіб (42,1%), низький – у 22 осіб (38,6%). Отже, майже дві п'ятих вибірки характеризувалися недостатнім відчуттям підтримки з боку близьких, друзів або соціального оточення. Саме цей показник виявився одним із найбільш значущих у контексті аналізу психологічної вразливості. Респонденти з низьким рівнем підтримки частіше демонстрували емоційне виснаження, втрату впевненості, труднощі у зверненні по допомогу та загальне відчуття ізоляції. У контексті дослідження це дає підстави вважати дефіцит соціальної підтримки одним із провідних соціально-психологічних чинників формування суїцидального ризику в дорослих, які опинилися в екстремальних умовах.

Аналіз житлової ситуації показав, що 29 осіб (50,9%) проживали разом із сім'єю, 12 осіб (21,1%) – самі, 10 осіб (17,5%) – з родичами або знайомими, 6 осіб (10,5%) – у тимчасовому житлі. Респонденти, які мешкали самі або в умовах тимчасового проживання, частіше вказували на труднощі емоційної саморегуляції, відчуття нестійкості та виражену тривогу щодо майбутнього. Це дозволяє припустити, що не лише наявність формальних соціальних контактів, а й стабільність життєвого простору є важливим захисним чинником для збереження психологічної рівноваги.

Окрему увагу було приділено самооцінці актуального психоемоційного стану. Постійну або часту тривогу відзначили 39 осіб (68,4%), емоційне виснаження – 33 особи (57,9%), порушення сну – 35 осіб (61,4%), відчуття самотності – 26 осіб (45,6%), невпевненість у майбутньому – 41 особа (71,9%). Такі показники засвідчують, що значна частина вибірки функціонує в умовах хронічного внутрішнього напруження. При цьому найбільш поширеним переживанням виявилася саме невизначеність майбутнього, яка в дорослому віці має особливо дезорганізуючий вплив, оскільки порушує відчуття прогнозованості життя, власної ефективності та смислової перспективи (рис.2.3).



Рис. 2.3. Самооцінка актуального психоемоційного стану

Щодо звернення по психологічну допомогу, лише 13 осіб (22,8%) зазначили, що користуються нею регулярно, 17 респондентів (29,8%) зверталися епізодично, тоді як 27 осіб (47,4%) жодного разу не отримували психологічної підтримки. Це свідчить про наявність істотного розриву між потребою у допомозі та реальною практикою її отримання. Імовірно, частина респондентів недооцінює важливість своєчасної психологічної підтримки, частина не має до неї доступу, а частина уникає звернення через недовіру, сором або звичку самотійно справлятися з труднощами. Усе це створює додаткові передумови для накопичення емоційного напруження та поглиблення психологічної дезадаптації.

На основі узагальнення анкетних даних респондентів було умовно поділено на три групи за вираженістю сукупного соціально-психологічного ризику. До групи відносно нижчого ризику увійшли 16 осіб (28,1%), для яких були характерні наявність стабільного оточення, хоча б середній рівень соціальної підтримки, відносна життєва визначеність та менша кількість стресогенних факторів. До групи помірного ризику віднесено 24 особи (42,1%), у яких виявлено поєднання окремих несприятливих обставин, але при цьому зберігалися певні ресурси адаптації. Групу підвищеного ризику склали 17 осіб (29,8%), у яких спостерігалось накопичення кількох негативних чинників: тривале перебування в екстремальних умовах, низький

рівень соціальної підтримки, житлова або професійна нестабільність, самотнє проживання, виражене емоційне виснаження та відсутність систематичної психологічної допомоги. Саме ця сукупність показників є найбільш значущою для розуміння психологічних передумов формування суїцидального ризику.

За результатами застосування Опитувальника суїцидального ризику в модифікації Т. Разуваєвої серед 57 дорослих респондентів, які переживали або пережили екстремальні умови, було виявлено неоднорідний рівень психологічної вразливості. Аналіз одержаних даних засвідчив, що у 24 досліджуваних, що становить 42,1% вибірки, зафіксовано низький рівень суїцидального ризику. Для цієї групи були характерні відносно збережені адаптаційні ресурси, наявність хоча б мінімальної соціальної підтримки, краща здатність до саморегуляції та більш реалістичне сприйняття власної життєвої ситуації. Водночас навіть у межах цієї групи окремі респонденти повідомляли про періодичне емоційне виснаження, тривожність та труднощі у плануванні майбутнього, що вказує на загальний вплив екстремальних обставин на психічний стан особистості.

Середній рівень суїцидального ризику було виявлено у 20 осіб, тобто у 35,1% опитаних. Ця група характеризувалася більш вираженим внутрішнім напруженням, нестійкістю емоційного стану, схильністю до песимістичного оцінювання перспектив і підвищеною чутливістю до стресогенних факторів. У респондентів із середнім рівнем ризику частіше простежувалися переживання безпорадності, зниження віри у можливість впливати на події власного життя, а також труднощі в подоланні затяжних кризових ситуацій. Отримані результати дають підстави вважати, що ця категорія досліджуваних потребує особливої психологічної уваги, оскільки за несприятливого збігу зовнішніх та внутрішніх умов їхній психоемоційний стан може погіршуватися.

Високий рівень суїцидального ризику було встановлено у 13 респондентів, що становить 22,8% загальної кількості обстежених. Саме ця

група продемонструвала найбільш виражені ознаки психологічної дезадаптації в умовах тривалого стресу. Для цих досліджуваних були більш характерними відчуття емоційного виснаження, внутрішньої спустошеності, втрати життєвої перспективи, зниження суб'єктивного контролю над подіями, а також труднощі у зверненні по підтримку. Водночас у межах наукової інтерпретації важливо підкреслити, що високий показник за Опитувальником суїцидального ризику (ОСР) Т. Н. Разуваєвої не означає автоматичного формування небезпечної поведінки, а насамперед свідчить про підвищену психологічну вразливість, яка потребує своєчасного виявлення та профілактичного супроводу (рис. 2.4).

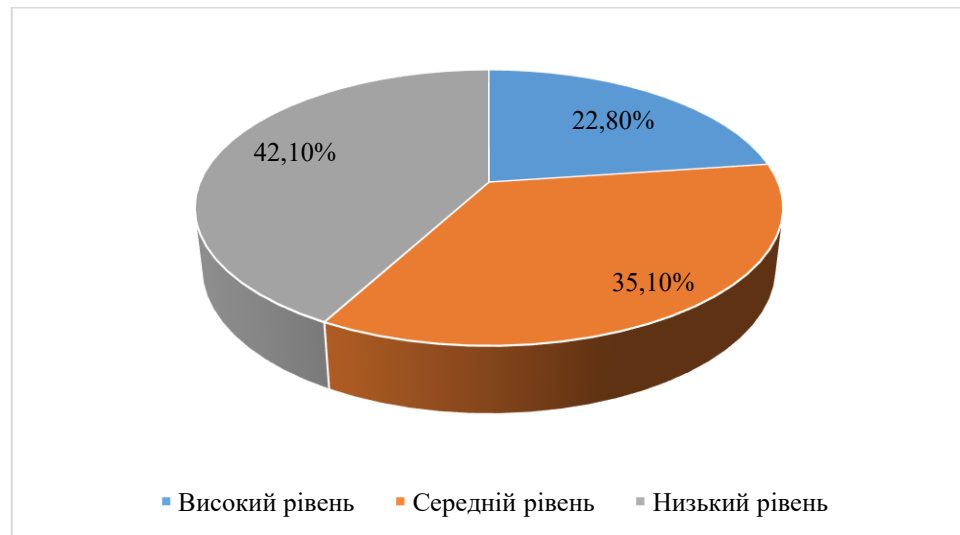


Рис. 2.4. Результати дослідження за опитувальником суїцидального ризику в модифікації Т. Разуваєвої

Отже, узагальнення результатів показало, що у 33 осіб із 57, тобто у 57,9% респондентів, виявлено середній або високий рівень суїцидального ризику. Це свідчить про те, що більше половини вибірки перебуває у стані помітної психологічної напруги, яка може супроводжуватися зниженням адаптивних можливостей особистості в екстремальних умовах. Такий розподіл результатів підтверджує доцільність використання обраної методики як інструмента первинного психологічного скринінгу в осіб, які пережили вимушене переміщення, тривалу невизначеність, втрату звичних

соціальних зв'язків, професійну нестабільність або інші наслідки кризових подій.

Таким чином, результати, отримані за Опитувальником суїцидального ризику Т. Разуваєвої, засвідчили, що в умовах екстремального досвіду дорослі респонденти демонструють різний рівень психологічної вразливості, однак більше половини вибірки належать до груп із середнім і високим рівнем ризику. Найбільш несприятливе поєднання показників виявлено у тих досліджуваних, для яких характерні низька соціальна підтримка, тривале перебування у стресових умовах, емоційне виснаження, нестабільність життєвої ситуації та відсутність досвіду звернення по психологічну допомогу. У свою чергу, наявність підтримувального соціального оточення, збереження життєвих орієнтирів і залучення до психологічного супроводу можна розглядати як важливі захисні чинники, що зменшують вираженість дезадаптивних тенденцій у дорослих, які опинилися в екстремальних умовах.

Результати застосування Шкали депресії, тривоги та стресу DASS-21 в україномовній версії Ю. Мельника і А. Стадніка серед 57 дорослих респондентів, які перебували або перебувають в екстремальних умовах, засвідчили наявність вираженого емоційного дистресу в значній частини вибірки. Аналіз показав, що найпоширенішими емоційними проявами в обстежених були тривожні переживання, психоемоційне напруження та депресивне зниження настрою. Отримані дані підтверджують, що суїцидальна вразливість у дорослих в екстремальних умовах формується не ізольовано, а на тлі комплексного емоційного неблагополуччя, яке охоплює одночасно кілька близьких, але не тотожних психічних станів.

За субшкалою депресії нормативні показники були виявлені у 15 осіб, що становить 26,3% вибірки. Легкий рівень депресивних проявів зафіксовано у 10 респондентів (17,5%), помірний – у 18 осіб (31,6%), тяжкий – у 9 осіб (15,8%), вкрай тяжкий – у 5 осіб (8,8%). Отже, у 32 респондентів із 57, тобто у 56,1%, було виявлено помірні, тяжкі або вкрай тяжкі депресивні прояви. Це свідчить про те, що більш ніж половина досліджуваних переживає стани

пригніченості, емоційного виснаження, зниження внутрішньої активності та ослаблення позитивного бачення майбутнього. У контексті екстремальних умов такі показники можуть бути пов'язані з тривалим відчуттям безсилля, втратами, невизначеністю та порушенням звичних життєвих орієнтирів (рис. 2.4).

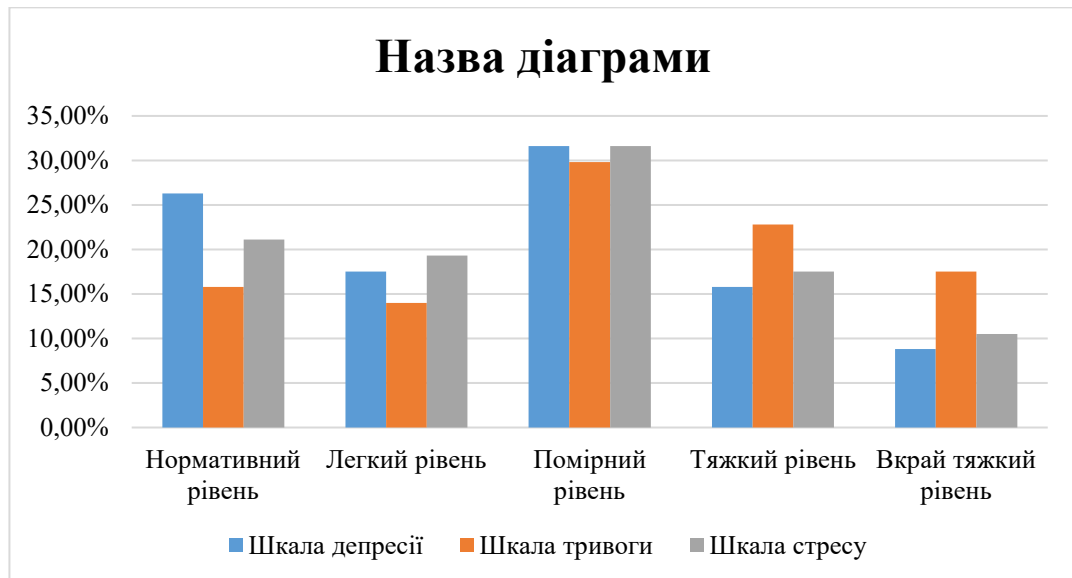


Рис. 2.4. Результати дослідження за шкалою депресії, тривоги та стресу DASS-21

За субшкалою тривоги нормативний рівень було встановлено у 9 осіб (15,8%), легкий – у 8 осіб (14,0%), помірний – у 17 осіб (29,8%), тяжкий – у 13 осіб (22,8%), вкрай тяжкий – у 10 осіб (17,5%). Таким чином, у 40 респондентів, або у 70,2% вибірки, виявлено помірні та більш виражені тривожні прояви. Це дозволяє стверджувати, що саме тривога стала найбільш вираженим негативним емоційним станом у досліджуваній групі. Для більшості опитаних були характерні постійне внутрішнє напруження, очікування небезпеки, труднощі з психічним розслабленням, надмірна настороженість та підвищена чутливість до стресогенних стимулів. Такий результат є закономірним, оскільки екстремальні умови життя зазвичай супроводжуються нестабільністю, загрозою безпеці та неможливістю повною мірою контролювати життєві обставини.

За субшкалою стресу нормативні значення були виявлені у 12 осіб (21,1%), легкий рівень – у 11 осіб (19,3%), помірний – у 18 осіб (31,6%), тяжкий – у 10 осіб (17,5%), вкрай тяжкий – у 6 осіб (10,5%). Отже, у 34 респондентів, що становить 59,6% загальної кількості обстежених, встановлено помірний, тяжкий або вкрай тяжкий рівень стресу. Це свідчить про те, що більше половини вибірки перебуває у стані стійкого психоемоційного перевантаження, яке проявляється дратівливістю, нервовим виснаженням, труднощами у відновленні внутрішньої рівноваги та зниженням стійкості до повсякденних труднощів. Умови тривалого зовнішнього напруження, вимушених змін способу життя, розриву соціальних зв'язків та невизначеності майбутнього створюють сприятливий ґрунт для накопичення саме такого типу стресових реакцій.

Порівняльний аналіз трьох субшкал показав, що в загальній структурі емоційного неблагополуччя у досліджуваних перше місце за вираженістю посідала тривога, друге – стрес, третє – депресія. Така послідовність вказує на те, що для дорослих, які живуть в екстремальних умовах, першочергово характерне не стільки стійке депресивне згасання, скільки напружене, тривожно-насторожене переживання дійсності. Водночас високий рівень депресивних проявів у понад половини вибірки свідчить, що за тривалого стресу і постійної тривоги поступово формується й глибше емоційне виснаження, яке може супроводжуватися втратою інтересу до життя, зниженням активності та відчуттям безперспективності.

Узагальнення результатів за трьома субшкалами дозволило виділити три умовні групи респондентів за рівнем емоційного дистресу. До групи з відносно благополучним емоційним станом було віднесено 14 осіб (24,6%), у яких більшість показників перебувала в межах норми або легких проявів. До групи з помірно вираженим емоційним дистресом увійшли 25 осіб (43,9%), для яких були характерні помірні відхилення принаймні за однією або двома субшкалами. Групу з високим емоційним дистресом склали 18 респондентів (31,6%), у яких спостерігалися тяжкі або вкрай тяжкі показники щонайменше

за однією шкалою в поєднанні з помірними чи високими значеннями за іншими. Це означає, що майже третина вибірки перебуває у стані глибокого емоційного перенапруження, що істотно ускладнює психологічну адаптацію в екстремальних умовах.

Співставлення результатів DASS-21 з уже отриманими даними про суїцидальний ризик дозволило виявити чітку тенденцію. Зі зростанням суїцидального ризику зростала і вираженість негативних емоційних станів. Так, у групі з низьким рівнем суїцидального ризику (24 особи) помірні та вищі показники депресії спостерігалися у 7 респондентів (29,2%), тривоги – у 10 осіб (41,7%), стресу – у 8 осіб (33,3%). У групі з середнім рівнем суїцидального ризику (20 осіб) помірні та вищі показники депресії були виявлені у 12 осіб (60,0%), тривоги – у 14 осіб (70,0%), стресу – у 12 осіб (60,0%). У групі з високим рівнем суїцидального ризику (13 осіб) помірні та вищі прояви депресії встановлено у всіх 13 респондентів (100,0%), тривоги – у 11 осіб (84,6%), стресу – у 10 осіб (76,9%). Отже, найбільш тісний зв'язок із суїцидальним ризиком у межах цієї вибірки виявили депресивні прояви, хоча тривога та стрес також мали виражене значення.

Особливо важливим є той факт, що високий суїцидальний ризик у більшості випадків поєднувався не з якимось одним ізольованим емоційним станом, а з комбінацією підвищеної депресії, тривоги та стресу. Це дає підстави припустити, що у дорослих в екстремальних умовах найбільш несприятливим є не окреме підвищення одного показника, а саме накопичення різних форм емоційного дистресу, яке призводить до виснаження психологічних ресурсів, звуження адаптаційних можливостей та зростання внутрішньої безпорадності. Водночас респонденти з нижчим рівнем суїцидального ризику частіше демонстрували або нормативні, або лише помірно підвищені емоційні показники, що свідчить про краще збереження внутрішніх механізмів саморегуляції.

Таким чином, результати DASS-21 засвідчили, що для значної частини дорослих респондентів, які пережили екстремальні умови, характерний

виражений емоційний дистрес, у структурі якого домінують тривожні та стресові переживання, але водночас істотне місце посідають і депресивні прояви. Більше половини вибірки мали помірні або високі показники за кожною з досліджуваних субшкал, а майже третина респондентів продемонструвала високий загальний рівень емоційного неблагополуччя. Отримані результати підтверджують, що депресія, тривога і стрес є важливими психологічними чинниками суїцидальної вразливості дорослих в екстремальних умовах, а їх комплексна оцінка дає змогу глибше зрозуміти механізми формування кризового психоемоційного стану особистості.

Результати застосування Шкали життестійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC-10) в україномовній версії серед 57 дорослих респондентів, які переживали екстремальні умови, дали змогу оцінити рівень збереженості одного з ключових захисних ресурсів особистості – життестійкості. У межах цього дослідження життестійкість розглядалася як здатність людини відновлювати внутрішню рівновагу після стресових подій, зберігати психічну гнучкість, витримувати тривале напруження та шукати адаптивні способи подолання труднощів. Узагальнення отриманих результатів показало, що середній показник життестійкості у вибірці становив $23,8 \pm 7,1$ бала із можливих 40, що свідчить про помірно знижений рівень ресурсності більшості обстежених дорослих.

Для подальшого аналізу респондентів було умовно розподілено на три групи за рівнем життестійкості. Низький рівень життестійкості виявлено у 18 осіб (31,6%), середній – у 24 осіб (42,1%), високий – у 15 осіб (26,3%). Отже, майже третина вибірки продемонструвала недостатню здатність до психологічного відновлення в умовах тривалого стресу, тоді як лише близько чверті респондентів зберігали виражений ресурс опору дезадаптації. Такий розподіл дає підстави стверджувати, що екстремальні життєві обставини істотно впливають не лише на емоційний стан особистості, але й на її здатність підтримувати внутрішню стійкість та продуктивно долати кризові переживання (рис. 2.6).

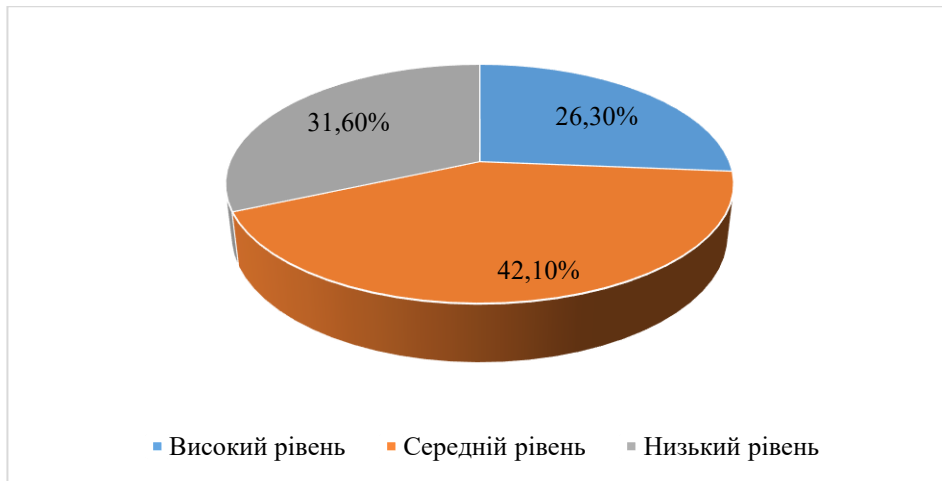


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за рівнем життєстійкості за шкалою CD-RISC-10 (n=57)

Аналіз відповідей показав, що респонденти з високим рівнем життєстійкості частіше демонстрували збереження віри у власні сили, вміння поступово пристосовуватися до змінених умов, здатність утримувати хоча б мінімальне відчуття контролю над повсякденним життям та орієнтацію на пошук рішень навіть у складних ситуаціях. Для цієї групи були менш характерні стан безпорадності, внутрішня дезорганізація та відчуття повної безперспективності. Натомість у респондентів із низьким рівнем життєстійкості частіше спостерігалися труднощі з емоційним відновленням, нестійкість до тривалого напруження, схильність до швидкого виснаження, зниження впевненості у власній спроможності впливати на події та переживання втрати внутрішньої опори.

Порівняння результатів CD-RISC-10 із раніше встановленими рівнями суїцидального ризику виявило чітку зворотну тенденцію: зі зростанням суїцидального ризику рівень життєстійкості послідовно знижувався. Так, у групі з низьким рівнем суїцидального ризику середній показник життєстійкості становив $29,6 \pm 4,8$ бала, у групі з середнім рівнем ризику – $23,7 \pm 4,9$ бала, а у групі з високим рівнем ризику – лише $16,9 \pm 4,5$ бала. Це свідчить про те, що життєстійкість виконує виразну захисну функцію: чим нижчою є здатність особистості відновлюватися після стресу та витримувати

психоемоційне навантаження, тим більш уразливою вона стає до кризових форм реагування в екстремальних обставинах.

Більш детальний розподіл показав, що серед 24 респондентів із низьким суїцидальним ризиком високий рівень життєстійкості мали 11 осіб (45,8%), середній – 10 осіб (41,7%), низький – лише 3 особи (12,5%). У групі з середнім суїцидальним ризиком (20 осіб) переважав середній рівень життєстійкості – 11 осіб (55,0%), тоді як низький рівень було зафіксовано у 6 осіб (30,0%), а високий – у 3 осіб (15,0%). Серед 13 респондентів із високим суїцидальним ризиком низький рівень життєстійкості виявлено у 9 осіб (69,2%), середній – у 4 осіб (30,8%), тоді як високого рівня життєстійкості в цій групі не спостерігалось. Отримані дані переконливо засвідчують, що життєстійкість є одним із ключових психологічних ресурсів, який суттєво пов'язаний із рівнем суїцидальної вразливості.

Співставлення результатів CD-RISC-10 із показниками DASS-21 також показало виразні закономірності. У групі з високим емоційним дистресом (18 осіб) низький рівень життєстійкості було виявлено у 11 осіб (61,1%), середній – у 6 осіб (33,3%), високий – лише в 1 особи (5,6%). У групі з помірно вираженим емоційним дистресом (25 осіб) низький рівень життєстійкості мали 6 осіб (24,0%), середній – 14 осіб (56,0%), високий – 5 осіб (20,0%). Серед респондентів із відносно благополучним емоційним станом (14 осіб) високий рівень життєстійкості виявлено у 9 осіб (64,3%), середній – у 4 осіб (28,6%), низький – лише в 1 особи (7,1%). Таким чином, життєстійкість виявилася тісно пов'язаною із загальним емоційним благополуччям: чим вищими були показники депресії, тривоги та стресу, тим нижчим був ресурс психологічного відновлення.

Загалом результати CD-RISC-10 показали, що життєстійкість є важливим захисним чинником, який послаблює психологічну дезадаптацію дорослих в екстремальних умовах. Низький рівень життєстійкості був пов'язаний із вищим суїцидальним ризиком, більш вираженим емоційним дистресом, дефіцитом соціальної підтримки та меншою здатністю зберігати

суб'єктивне відчуття контролю над власним життям. Водночас високий рівень життєстійкості супроводжувався кращою емоційною стабільністю, більшим ресурсом подолання труднощів і нижчою психологічною вразливістю. Отже, у контексті дослідження суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах життєстійкість доцільно розглядати як один із провідних ресурсів резильєнтності, що виконує профілактичну та компенсаторну функцію.

Результати застосування Багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) в україномовній версії серед 57 дорослих респондентів, які переживали екстремальні умови, дали змогу оцінити вираженість одного з ключових міжособистісних захисних ресурсів – сприйманої соціальної підтримки. У межах цього дослідження соціальна підтримка розглядалася як важливий буферний чинник, що здатний послаблювати деструктивний вплив хронічного стресу, втрат, переміщення та емоційної дезадаптації на формування суїцидальної вразливості. Узагальнення отриманих результатів показало, що середній загальний показник сприйманої соціальної підтримки у вибірці становив $4,2 \pm 1,4$ бала із 7 можливих, що свідчить про помірний, але недостатньо стійкий рівень міжособистісного ресурсу підтримки.

Для подальшого аналізу респондентів було умовно розподілено на три групи за рівнем сприйманої соціальної підтримки. Низький рівень підтримки було виявлено у 21 особи (36,8%), середній – у 24 осіб (42,1%), високий – у 12 осіб (21,1%). Отже, лише близько п'ятої частини досліджуваних відчували виражену підтримку з боку свого найближчого соціального оточення, тоді як понад третина респондентів продемонструвала низький рівень сприйняття підтримки. Такий розподіл результатів свідчить про те, що значна частина дорослих, які перебувають в екстремальних життєвих обставинах, переживає не лише емоційний дистрес, а й дефіцит відчуття надійної соціальної опори (рис. 2.7).

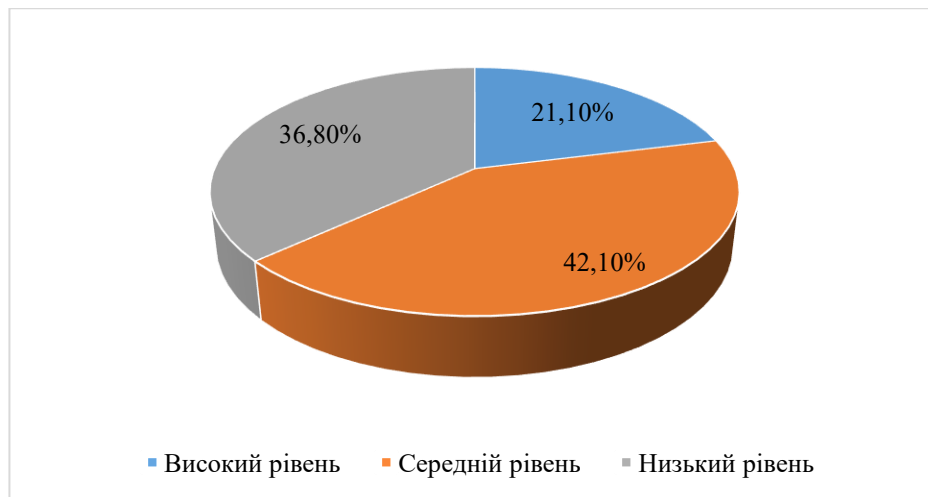


Рис. 2.7. Розподіл респондентів за рівнем сприйманої соціальної підтримки за шкалою MSPSS (n=57)

Аналіз субшкал MSPSS показав, що найвищі середні показники були зафіксовані за субшкалою «Сім'я» – $4,6 \pm 1,7$ бала, дещо нижчими були значення за субшкалою «Близькі люди» – $4,1 \pm 1,6$ бала, а найнижчі – за субшкалою «Друзі» – $3,9 \pm 1,5$ бала. Отримані дані свідчать про те, що в умовах екстремального досвіду респонденти більшою мірою спираються саме на сімейне коло або вузьке коло значущих осіб, тоді як дружні зв'язки виявляються менш стабільним джерелом підтримки. Це може бути пов'язано з вимушеним переміщенням, розривом звичних контактів, зменшенням інтенсивності соціальної взаємодії та загальним звуженням мережі повсякденного спілкування.

Найбільш несприятливою виявилася саме субшкала «Друзі», що дозволяє припустити наявність тенденції до соціального звуження й обмеження горизонтальних міжособистісних контактів у частини респондентів. У контексті переживання тривалого стресу це має важливе значення, оскільки недостатня підтримка з боку друзів може посилювати почуття ізольованості, самотності та внутрішньої відокремленості. Водночас навіть відносно вищі показники за субшкалою «Сім'я» не означали повного емоційного благополуччя, оскільки для частини досліджуваних сімейне

середовище саме перебувало під тиском спільних кризових обставин і не завжди могло виконувати повноцінну стабілізуючу функцію.

Порівняння результатів MSPSS із показниками суїцидального ризику за методикою Т. Разувасвої дозволило встановити виразну зворотну закономірність: чим нижчим був рівень сприйнятої соціальної підтримки, тим вищим виявлявся суїцидальний ризик. Так, у групі з низьким рівнем суїцидального ризику середній загальний бал MSPSS становив $5,5 \pm 0,9$, у групі із середнім рівнем ризику – $4,1 \pm 0,8$, а в групі з високим рівнем суїцидального ризику – лише $2,9 \pm 0,7$ бала. Отримані результати свідчать про те, що сприйнята соціальна підтримка виконує справді захисну функцію: за її наявності особистість має більше шансів зберігати відчуття включеності, значущості та емоційної опори навіть за умов тривалого зовнішнього стресу.

Більш детальний розподіл показав, що серед 24 респондентів із низьким суїцидальним ризиком високий рівень соціальної підтримки мали 9 осіб (37,5%), середній – 12 осіб (50,0%), низький – лише 3 особи (12,5%). У групі з середнім суїцидальним ризиком (20 осіб) низький рівень підтримки було виявлено у 8 осіб (40,0%), середній – у 9 осіб (45,0%), високий – у 3 осіб (15,0%). Серед 13 респондентів із високим суїцидальним ризиком низький рівень сприйнятої соціальної підтримки спостерігався у 10 осіб (76,9%), середній – у 3 осіб (23,1%), а випадків високої підтримки в цій групі не виявлено. Це дає підстави розглядати дефіцит соціальної підтримки як один із найважливіших соціально-психологічних чинників суїцидальної вразливості дорослих в екстремальних умовах.

Співставлення результатів MSPSS із даними DASS-21 також підтвердило значущість міжособистісного ресурсу підтримки для емоційного благополуччя. У групі з високим емоційним дистресом (18 осіб) низький рівень соціальної підтримки було виявлено у 12 осіб (66,7%), середній – у 5 осіб (27,8%), високий – лише в 1 особи (5,5%). У групі з помірно вираженим емоційним дистресом (25 осіб) низький рівень підтримки мали 7 осіб (28,0%), середній – 13 осіб (52,0%), високий – 5 осіб (20,0%). Серед

респондентів із відносно благополучним емоційним станом (14 осіб) високий рівень підтримки виявлено у 6 осіб (42,9%), середній – у 6 осіб (42,9%), низький – лише у 2 осіб (14,2%). Таким чином, чим нижчою була соціальна підтримка, тим вищими були показники депресії, тривоги й стресу, а отже, тим менш стабільним виявлявся загальний психоемоційний стан особистості.

Окремий аналіз зв'язку MSPSS із життестійкістю за шкалою CD-RISC-10 показав, що високий рівень соціальної підтримки поєднувався з вищими показниками життестійкості. Серед респондентів із високим рівнем підтримки середній показник життестійкості становив $29,4 \pm 4,7$ бала, із середнім рівнем підтримки – $24,1 \pm 4,8$ бала, а з низьким рівнем підтримки – лише $18,7 \pm 5,1$ бала. Це свідчить про те, що сприймана соціальна підтримка не лише безпосередньо знижує ризик соціальної ізоляції, але й опосередковано посилює загальний ресурс психологічної стійкості, сприяє кращому відновленню після стресу та підтримує відчуття внутрішньої опори.

Змістовий аналіз результатів субшкал також дозволив виявити певні психологічні особливості. Респонденти з високими показниками за субшкалою «Сім'я» частіше характеризувалися кращою емоційною врівноваженістю, нижчими показниками депресивності та більш вираженим почуттям захищеності. Високі бали за субшкалою «Близькі люди» були пов'язані з кращим збереженням особистісної довіри, меншим відчуттям самотності та більшою готовністю звертатися по допомогу у складних життєвих обставинах. Натомість низькі показники за субшкалою «Друзі» в багатьох випадках поєднувалися з переживанням соціального відчуження, труднощами у підтриманні контактів та відчуттям, що повсякденне соціальне середовище перестало бути звичним ресурсом підтримки. У контексті екстремального досвіду це може посилювати ризик поступового формування соціальної ізоляції.

Отже, результати Багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) засвідчили, що для значної частини дорослих респондентів, які пережили екстремальні умови, характерний знижений або нестійкий рівень

переживання соціальної підтримки, причому найменш ресурсною виявилася сфера дружніх контактів. Було встановлено, що низькі показники MSPSS пов'язані з вищим суїцидальним ризиком, більш вираженим емоційним дистресом та нижчою життєстійкістю. Натомість високий рівень сприйманої підтримки виступає важливим буфером, що послаблює вплив стресу, знижує ймовірність соціальної ізоляції та підтримує психологічну стійкість особистості. Таким чином, сприймана соціальна підтримка може бути розглянута як один із провідних захисних чинників щодо суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах.

2.4. Зв'язок суїцидальних тенденцій із особистісними, емоційними та соціально-психологічними характеристиками дорослих

З метою поглибленого аналізу емпіричних даних було здійснено кореляційний аналіз між інтегральним показником суїцидального ризику, отриманим за Опитувальником суїцидального ризику в модифікації Т. Разуваєвої, та показниками емоційного стану, життєстійкості й сприйманої соціальної підтримки. Для статистичного опрацювання результатів використано коефіцієнт кореляції Пірсона, що дало змогу встановити напрям і силу зв'язку між досліджуваними змінними. Кореляційний аналіз у межах цього дослідження мав важливе значення, оскільки дозволив перейти від простого опису окремих показників до виявлення внутрішньої структури психологічних взаємозв'язків, які супроводжують формування суїцидальних тенденцій у дорослих, що перебувають в екстремальних умовах.

Отримані результати показали, що суїцидальні тенденції мають статистично значущі зв'язки як із негативними емоційними станами, так і з ресурсними характеристиками особистості. Загалом встановлено, що зі зростанням вираженості депресії, тривоги та стресу підвищується і рівень суїцидального ризику, тоді як із посиленням життєстійкості та сприйманої соціальної підтримки суїцидальні тенденції знижуються. Це підтверджує припущення про комплексний характер суїцидальної вразливості, яка

формується на перетині емоційного неблагополуччя, виснаження адаптаційних ресурсів та дефіциту міжособистісної опори.

Таблиця 2.1

Кореляційні зв'язки між показником суїцидального ризику та досліджуваними характеристиками дорослих респондентів (n = 57)

Показник	r	p
Депресія (DASS-21)	0,72	<0,001
Тривога (DASS-21)	0,64	<0,001
Стрес (DASS-21)	0,58	<0,001
Життестійкість (CD-RISC-10)	-0,68	<0,001
Загальний показник соціальної підтримки (MSPSS)	-0,70	<0,001
Соціальна підтримка: сім'я	-0,62	<0,001
Соціальна підтримка: друзі	-0,44	0,001
Соціальна підтримка: близькі люди	-0,56	<0,001
Тривалість перебування в екстремальних умовах	0,38	0,004

Як видно з таблиці 2.1, найсильніший прямий зв'язок суїцидального ризику виявлено з показником депресії ($r = 0,72$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що зі зростанням депресивних проявів у дорослих респондентів помітно підвищується і вираженість суїцидальних тенденцій. Такий результат є психологічно закономірним, оскільки депресивний стан супроводжується зниженням життєвого тону, пригніченим настроєм, переживанням безперспективності, втратою внутрішньої опори та ослабленням віри у можливість позитивних змін. У контексті екстремальних умов саме депресивний компонент, очевидно, найбільш тісно пов'язаний із кризовим переживанням власного життя.

Досить тісний прямий кореляційний зв'язок виявлено також між суїцидальним ризиком і тривогою ($r = 0,64$; $p < 0,001$). Це означає, що посилення тривожних переживань, внутрішньої напруги, настороженості та емоційної нестабільності супроводжується підвищенням суїцидальної вразливості. Хоча цей зв'язок дещо слабший, ніж із депресією, він також є

вираженим і статистично значущим. Отже, для частини респондентів суїцидальні тенденції формуються не лише на тлі емоційного виснаження і пригніченості, а й у ситуації хронічної тривоги, пов'язаної з невизначеністю, очікуванням небезпеки та неможливістю стабілізувати власний психоемоційний стан.

Значущий прямий зв'язок середньої сили встановлено між суїцидальним ризиком і стресом ($r = 0,58$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що зростання нервово-психічного напруження, дратівливості, виснаження та труднощів із відновленням внутрішньої рівноваги також пов'язане з посиленням суїцидальних тенденцій. Хоча стрес сам по собі не є тотожним депресії чи тривозі, в умовах його тривалого накопичення він, очевидно, послаблює адаптаційні можливості особистості й створює емоційне тло, на якому криза переживається гостріше та деструктивніше.

Серед ресурсних характеристик особистості одним із найважливіших захисних чинників виявилася життєстійкість. Кореляційний аналіз показав наявність сильного зворотного зв'язку між показником суїцидального ризику та життєстійкістю ($r = -0,68$; $p < 0,001$). Отже, чим вищою була здатність респондентів оговтуватися після труднощів, адаптуватися до змінених обставин, зберігати відчуття контролю та не втрачати внутрішньої опори, тим нижчим виявлявся рівень їхньої суїцидальної вразливості. Це дозволяє розглядати життєстійкість як один із ключових особистісних ресурсів, що виконує компенсаторну функцію у кризових умовах.

Ще більш виразним захисним чинником виступила сприймана соціальна підтримка. Загальний показник MSPSS продемонстрував сильний зворотний зв'язок із суїцидальним ризиком ($r = -0,70$; $p < 0,001$). Це означає, що зі зниженням відчуття підтримки з боку найближчого соціального оточення рівень суїцидальних тенденцій помітно зростає. Отриманий результат має важливе теоретичне й практичне значення, оскільки підтверджує роль міжособистісного ресурсу як буфера, який послаблює вплив екстремальних обставин на психічний стан особистості. За наявності

підтримувального оточення респондентам, імовірно, легше зберігати відчуття включеності, значущості та емоційної опори навіть у складних життєвих умовах.

Аналіз окремих субшкал MSPSS показав, що найбільш вагомий захисний потенціал має підтримка з боку сім'ї ($r = -0,62$; $p < 0,001$). Це свідчить про те, що саме сімейне коло найчастіше виконує стабілізуючу функцію в умовах тривалої небезпеки, втрат, переміщення чи хронічного стресу. Дещо слабший, але також статистично значущий зворотний зв'язок виявлено між суїцидальним ризиком і підтримкою з боку близьких людей ($r = -0,56$; $p < 0,001$). Найменш вираженим був зв'язок із підтримкою з боку друзів ($r = -0,44$; $p = 0,001$), хоча він також досяг рівня статистичної значущості. Це дає підстави припустити, що у кризових обставинах для дорослої людини найбільш ресурсними є саме найближчі та найстійкіші стосунки, тоді як дружні контакти частіше виявляються менш стабільними або менш доступними як джерело емоційної підтримки.

Окремий інтерес становив зв'язок суїцидальних тенденцій із тривалістю перебування в екстремальних умовах. Було встановлено статистично значущий прямий зв'язок середньої сили ($r = 0,38$; $p = 0,004$), що свідчить про поступове зростання суїцидальної вразливості в міру подовження періоду життя в умовах хронічного стресу. Хоча цей зв'язок не є таким сильним, як у випадку депресії чи соціальної підтримки, він має важливе змістове значення, адже вказує на виснажувальний ефект тривалого перебування в ситуації небезпеки, невизначеності та нестабільності. Відповідно, саме пролонгований, а не лише гострий стрес доцільно розглядати як важливий чинник накопичення психологічної дезадаптації.

Для глибшого розуміння структури виявлених зв'язків було проаналізовано також взаємозв'язки між самими психологічними характеристиками. Установлено, що життєстійкість статистично значуще й негативно пов'язана з депресією ($r = -0,63$; $p < 0,001$), тривогою ($r = -0,56$; $p < 0,001$) та стресом ($r = -0,59$; $p < 0,001$). Це означає, що чим вищою є здатність

особистості до психологічного відновлення, тим нижчими є показники емоційного неблагополуччя. Водночас загальний показник соціальної підтримки позитивно пов'язаний із життєстійкістю ($r = 0,54$; $p < 0,001$) та негативно – з депресією ($r = -0,57$; $p < 0,001$), тривогою ($r = -0,49$; $p < 0,001$) і стресом ($r = -0,46$; $p < 0,001$). Такі результати дають підстави припустити, що соціальна підтримка та життєстійкість взаємно підсилюють одна одну й разом формують важливий захисний контур проти розвитку суїцидальної вразливості.

Узагальнення результатів кореляційного аналізу дозволяє зробити кілька змістових висновків. По-перше, суїцидальні тенденції дорослих в екстремальних умовах найбільш тісно пов'язані з депресивними проявами, що дозволяє розглядати депресію як центральний емоційний маркер кризової психологічної дезадаптації. По-друге, важливу роль відіграють тривога і стрес, які формують емоційне тло постійного напруження та нестабільності. По-третє, виразну захисну функцію виконують життєстійкість і сприймана соціальна підтримка, причому остання, особливо підтримка з боку сім'ї, виявилася одним із найсильніших буферних чинників. По-четверте, подовження часу перебування в екстремальних умовах підсилює суїцидальну вразливість, що свідчить про кумулятивний ефект хронічного стресу.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтвердили, що суїцидальні тенденції у дорослих не є ізольованим феноменом, а формуються в системі взаємопов'язаних особистісних, емоційних і соціально-психологічних чинників. Найбільш несприятливим є поєднання високої депресії, вираженої тривоги і стресу, низької життєстійкості та дефіциту сприйманої соціальної підтримки. Натомість наявність внутрішнього ресурсу стійкості та підтримувального оточення суттєво знижує психологічну вразливість особистості навіть в умовах тривалого зовнішнього тиску. Отже, висунуте припущення про зв'язок суїцидальних тенденцій із емоційними, особистісними та соціально-психологічними характеристиками дорослих в екстремальних умовах знайшло своє емпіричне підтвердження.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було представлено організацію, методичне забезпечення та результати емпіричного дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах. Для досягнення мети дослідження було використано комплекс взаємодоповнювальних методик, що дали змогу оцінити не лише рівень суїцидального ризику, а й емоційний стан респондентів, їхні особистісні ресурси та характер сприйманої соціальної підтримки. Аналіз авторської анкети дозволив уточнити соціально-психологічний контекст життя досліджуваних і встановити, що значна частина респондентів перебуває в умовах тривалого стресу, нестабільності, зниженого відчуття безпеки та дефіциту підтримувальних соціальних зв'язків.

Результати, отримані за Опитувальником суїцидального ризику в модифікації Т. Разуваєвої, показали, що у вибірці з 57 дорослих респондентів суїцидальна вразливість має неоднорідний характер. Низький рівень ризику виявлено у 42,1% досліджуваних, середній – у 35,1%, високий – у 22,8%. Це свідчить про те, що більше половини вибірки характеризуються середнім і високим рівнем ризику, а отже, потребують особливої уваги з боку психологічного супроводу. Встановлено, що найвразливішими виявилися респонденти з поєднанням пролонгованого стресу, низької соціальної підтримки, професійної та життєвої нестабільності, а також обмеженого досвіду звернення по психологічну допомогу.

Дані DASS-21 підтвердили наявність вираженого емоційного неблагополуччя в обстежених дорослих. Найбільш поширеним негативним станом виявилася тривога, далі – стрес і депресія. При цьому більше половини респондентів мали помірні або високі показники за кожною з трьох субшкал, що дає підстави говорити про системний характер емоційного дистресу в умовах екстремального досвіду. Водночас результати за шкалою життєстійкості CD-RISC-10 показали, що життєстійкість виконує виразну захисну функцію: у респондентів із нижчим суїцидальним ризиком

показники життєстійкості були вищими, тоді як у групі з високим ризиком переважав низький рівень цього ресурсу. Це дозволяє розглядати життєстійкість як важливий внутрішньоособистісний чинник, що послаблює вплив екстремальних обставин на психологічну дезадаптацію.

Результати MSPSS засвідчили, що сприймана соціальна підтримка також є одним із провідних захисних чинників. У дослідженні встановлено, що дефіцит підтримки, особливо з боку сім'ї та близьких людей, пов'язаний із вищими показниками суїцидального ризику, більшою вираженістю емоційного дистресу та нижчою життєстійкістю. Найменш ресурсною сферою виявилася підтримка з боку друзів, що може свідчити про звуження соціального кола та тенденцію до соціальної ізоляції у частини респондентів. Отже, соціальна підтримка в екстремальних умовах виступає не лише зовнішнім ресурсом, а й важливою умовою збереження внутрішньої психологічної рівноваги.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих зв'язків між суїцидальними тенденціями та досліджуваними характеристиками. Встановлено, що суїцидальний ризик позитивно пов'язаний із депресією, тривогою та стресом і негативно – із життєстійкістю та соціальною підтримкою. Найсильніші зв'язки були зафіксовані між суїцидальним ризиком і депресією, загальним рівнем соціальної підтримки та життєстійкістю. Це дає підстави стверджувати, що формування суїцидальної вразливості у дорослих в екстремальних умовах зумовлюється не одним окремим фактором, а сукупною дією емоційних, особистісних і соціально-психологічних чинників.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДОРΟΣЛИХ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНИМИ ТЕНДЕНЦІЯМИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

3.1. Принципи та цілі психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили, що суїцидальні тенденції дорослих в екстремальних умовах формуються під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, серед яких провідне місце посідають підвищений рівень депресії, тривоги та стресу, зниження життєстійкості, дефіцит сприйманої соціальної підтримки, а також тривале перебування в ситуації хронічної невизначеності та небезпеки. Це дозволяє стверджувати, що психологічна профілактика суїцидальної поведінки дорослих не може обмежуватися лише реагуванням на вже виражені кризові прояви, а має будуватися як системна, багаторівнева і ресурсно орієнтована діяльність, спрямована на зниження психологічної вразливості особистості та зміцнення її здатності до адаптації. Відповідно, профілактична робота в цій сфері повинна спиратися не лише на логіку попередження ризику, а й на логіку розвитку захисних ресурсів, підтримки соціальної включеності та формування більш адаптивних способів подолання тривалого стресу [25].

Одним із базових принципів психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих є принцип системності. Його сутність полягає в тому, що суїцидальні тенденції розглядаються не як ізольований феномен, а як результат взаємодії емоційних, особистісних, соціально-психологічних і ситуативних чинників. Отже, профілактична робота має охоплювати не один окремий напрям, наприклад лише зниження тривоги чи лише інформаційне консультування, а сукупність взаємопов'язаних впливів: психоосвіту, емоційну стабілізацію, розвиток життєстійкості, зміцнення навичок звернення по допомогу, активізацію соціальної підтримки та формування

безпечного комунікативного простору. Саме системний підхід дає змогу врахувати реальну складність тих психологічних процесів, які супроводжують дорослу людину в екстремальних умовах [1].

Другим важливим принципом є принцип раннього виявлення психологічної вразливості. Оскільки результати дослідження показали, що середній і високий рівні суїцидального ризику поєднуються з вираженим емоційним дистресом, доцільно орієнтувати профілактику на своєчасне розпізнавання несприятливих змін у психоемоційному стані особистості. Йдеться насамперед про виявлення стійкого зниження настрою, наростання тривоги, виснаження, втрати відчуття перспективи, відчуження від соціального оточення та зниження життєстійкості. Такий підхід дозволяє переводити профілактику з рівня кризового реагування на рівень попередження психологічної дезадаптації ще до того, як вона набуде глибокого й стійкого характеру.

Наступним принципом є принцип ресурсної орієнтації. На відміну від вузько дефіцитарного підходу, який концентрується лише на симптомах неблагополуччя, ресурсна профілактика передбачає виявлення, підтримку та розвиток тих внутрішніх і зовнішніх чинників, які знижують психологічну вразливість. У нашому дослідженні такими провідними ресурсами виявилися життєстійкість і сприймана соціальна підтримка. Це означає, що профілактична робота повинна бути спрямована не лише на послаблення депресії, тривоги й стресу, а й на зміцнення віри людини у власну здатність витримувати труднощі, відновлюватися після кризових подій, знаходити смисл у складних життєвих обставинах, а також підтримувати значущі стосунки з іншими людьми. Саме опора на ресурси створює умови для довготривалого профілактичного ефекту.

Важливе місце посідає принцип індивідуалізації психологічної профілактики. Результати дослідження показали, що не всі дорослі в екстремальних умовах однаково реагують на стрес, а рівень їхньої суїцидальної вразливості залежить від поєднання різних факторів: тривалості

стресового досвіду, вираженості емоційного дистресу, особливостей соціального оточення, наявності чи відсутності підтримки, рівня життєстійкості. Тому профілактичні заходи повинні враховувати індивідуальний профіль труднощів і ресурсів. Для одних осіб пріоритетним буде зниження емоційної напруги та стабілізація стану, для інших – відновлення соціальних зв'язків, для третіх – формування більш адаптивного бачення майбутнього й підтримка відчуття особистої ефективності. Індивідуалізація профілактики підвищує її психологічну адресність і практичну результативність [10].

Ще одним принципом є принцип соціальної включеності та підтримувального середовища. Проведене дослідження підтвердило, що дефіцит соціальної підтримки, особливо з боку сім'ї та близьких людей, тісно пов'язаний із посиленням суїцидального ризику. Це дає підстави стверджувати, що профілактика має бути спрямована не лише на саму особистість, але й на її мікросоціальне оточення. У практичному плані це означає необхідність формування навичок відкритого звернення по допомогу, відновлення довіри до значущих людей, посилення міжособистісної включеності, подолання ізоляції та переживання покинутості. Для дорослих, які живуть в умовах війни, переміщення чи втрати звичного соціального середовища, саме переживання підтримки стає не другорядним, а центральним стабілізуючим чинником.

Особливо важливим є принцип безперервності та поетапності профілактичного впливу. Оскільки дослідження показало, що тривале перебування в екстремальних умовах підвищує суїцидальну вразливість, профілактика не може мати разового чи епізодичного характеру. Вона повинна здійснюватися послідовно, з урахуванням динаміки психоемоційного стану людини. На початковому етапі доцільним є зниження гострого емоційного напруження та створення відчуття психологічної безпеки. Наступним кроком має стати відновлення або зміцнення ресурсів саморегуляції, життєстійкості та соціальної підтримки. На подальших етапах

акцент переноситься на формування більш стабільних адаптивних стратегій, підтримку життєвих смислів, відновлення суб'єктивного контролю та розвиток готовності користуватися допомогою у разі потреби. Така поетапність відповідає реальній логіці психологічного відновлення в умовах пролонгованого стресу.

Суттєве значення має також принцип психологічної безпечності та недопущення стигматизації. Дорослі, які переживають емоційне виснаження, тривогу, пригніченість або втрату життєвої перспективи, часто уникають звернення по допомогу через страх осуду, знецінення або нерозуміння. Тому профілактична робота має будуватися на засадах емпатії, прийняття, поваги до особистої гідності людини та визнання її переживань як значущих. Такий підхід створює умови для більшої відкритості, довіри й готовності до психологічного контакту, без чого будь-яка профілактична програма втрачає ефективність [22].

Виходячи з установлених у дослідженні закономірностей, головною метою психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих є зниження рівня суїцидальної вразливості шляхом послаблення емоційного дистресу, зміцнення життєстійкості та активізації соціально-психологічних ресурсів особистості. Ця загальна мета конкретизується у кількох взаємопов'язаних напрямках. Першим із них є зниження вираженості депресивних, тривожних і стресових переживань, які, як показав кореляційний аналіз, безпосередньо пов'язані зі зростанням суїцидального ризику. Другим напрямом є розвиток життєстійкості як внутрішнього ресурсу психологічної опори, що дає змогу краще витримувати кризові обставини та зменшує ймовірність дезадаптивного реагування. Третім напрямом є зміцнення переживання соціальної підтримки, насамперед через відновлення довіри до сім'ї, близьких людей, значущого оточення та фахівців допомагаючих професій. Четвертим напрямом є формування більш адаптивного ставлення до труднощів, що передбачає зниження почуття

безпорадності, посилення віри у можливість поступового подолання кризи та відновлення образу майбутнього [28].

Серед конкретних цілей психологічної профілактики доцільно виокремити кілька ключових. По-перше, це ціль емоційної стабілізації, яка передбачає зменшення напруження, тривожності, пригніченості та емоційного виснаження. По-друге, це ціль розвитку саморегуляції, що полягає у формуванні здатності розпізнавати власний стан, краще керувати емоційними реакціями та своєчасно використовувати доступні способи психологічного відновлення. По-третє, це ціль зміцнення життєстійкості, пов'язана з розвитком внутрішньої гнучкості, толерантності до невизначеності, здатності шукати смисл і зберігати відчуття особистої спроможності. По-четверте, ціль профілактики соціальної ізоляції, яка охоплює відновлення або підтримку значущих зв'язків, підвищення готовності звертатися по допомогу та посилення відчуття належності до підтримувального соціального середовища. По-п'яте, ціль формування культури своєчасного звернення по психологічну допомогу, особливо важлива для тих дорослих, які схильні приховувати власні труднощі або знецінювати потребу у підтримці [25].

Отже, принципи та цілі психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих мають прямо впливати з емпірично встановлених особливостей їхнього психоемоційного стану та ресурсної сфери. Оскільки найбільш значущими чинниками суїцидальної вразливості в дослідженні виявилися депресія, тривога, стрес, знижена життєстійкість і дефіцит соціальної підтримки, профілактична робота повинна бути комплексною, системною, індивідуалізованою, ресурсно орієнтованою та спрямованою на зміцнення як внутрішніх, так і міжособистісних опор особистості. Саме така логіка профілактики створює науково обґрунтоване підґрунтя для розробки подальшої програми психологічної допомоги дорослим, які перебувають в екстремальних умовах.

3.2. Напрями й форми психологічного супроводу дорослих із суїцидальними тенденціями в екстремальних умовах

Психологічний супровід дорослих із суїцидальними тенденціями в екстремальних умовах повинен будуватися як комплексна, поетапна та безперервна система допомоги, спрямована не лише на зниження актуального емоційного дистресу, а й на поступове відновлення особистісних ресурсів, міжособистісних зв'язків, здатності до саморегуляції та відчуття життєвої перспективи. Отримані в попередньому розділі результати показали, що найбільш тісно суїцидальний ризик у дорослих пов'язаний із депресивними, тривожними й стресовими проявами, зниженням життєстійкості, дефіцитом сприйманої соціальної підтримки та тривалим перебуванням у ситуації хронічної небезпеки, невизначеності або втрати. Саме тому психологічний супровід має бути орієнтований на кілька взаємопов'язаних напрямів, кожен із яких виконує окрему, але важливу функцію у профілактиці поглиблення суїцидальної вразливості.

Першим і базовим напрямом є кризово-стабілізаційний супровід. Його основним завданням є зниження гостроти внутрішнього напруження, емоційного виснаження, тривожної дезорганізації та переживання безвиході. У дорослих, які перебувають в екстремальних умовах, психоемоційний стан часто характеризується високим рівнем виснаження, звуженням часової перспективи, втратою відчуття контролю над життям та зниженням здатності до конструктивного осмислення ситуації. Тому на початковому етапі супроводу особливо важливою є не стільки глибока інтерпретація внутрішніх конфліктів, скільки створення умов для психологічної стабілізації: зниження афективного напруження, повернення відчуття безпеки у межах контакту з фахівцем, відновлення мінімальної здатності до самоспостереження та регуляції власного стану. У цьому контексті психологічний супровід має бути максимально підтримувальним, структурованим і спрямованим на послаблення гострого емоційного перевантаження [18].

Другим важливим напрямом є емоційно-регуляторний супровід. Проведене дослідження засвідчило, що підвищення суїцидального ризику найбільш тісно пов'язане з депресією, тривогою та стресом, а отже, робота з емоційним станом виступає одним із центральних напрямів психологічної допомоги. Йдеться про формування в дорослих здатності краще розпізнавати власні емоційні реакції, відрізняти ситуативне напруження від хронічного виснаження, усвідомлювати накопичення тривоги, фрустрації, внутрішньої спустошеності та вчасно реагувати на них конструктивними способами. У межах цього напрямку важливо не тільки знижувати інтенсивність негативних переживань, а й розвивати навички емоційної саморегуляції, які допомагають людині витримувати напруження без різкої втрати психологічної рівноваги. Це особливо актуально для дорослих, які тривалий час змушені функціонувати в умовах війни, переміщення, економічної нестабільності або постійної невизначеності [6].

Третім напрямом виступає ресурсно-відновлювальний супровід, пов'язаний із розвитком життестійкості та зміцненням внутрішніх адаптаційних можливостей особистості. Емпіричні дані показали, що зі зниженням життестійкості зростає суїцидальна вразливість, а отже, психологічна допомога повинна орієнтуватися не лише на зменшення дистресу, а й на відновлення внутрішнього ресурсу особистості. У практичному сенсі це означає підтримку віри людини у власну здатність пережити кризовий період, допомогу у відновленні відчуття суб'єктивного контролю, посилення здатності бачити часткові, але реальні можливості впливу на власне життя, а також формування більш гнучкого ставлення до труднощів. Життестійкість у цьому випадку слід розглядати не як вроджену рису, а як динамічний психологічний ресурс, який може зміцнюватися в процесі цілеспрямованого супроводу [23].

Четвертим напрямом є міжособистісно-підтримувальний супровід, спрямований на подолання соціальної ізоляції та зміцнення переживання соціальної включеності. Результати дослідження засвідчили, що низький

рівень сприйманої соціальної підтримки, особливо з боку сім'ї та близьких людей, тісно пов'язаний із підвищенням суїцидального ризику. Це означає, що дорослі з кризовими переживаннями потребують не лише індивідуальної психологічної допомоги, а й відновлення або посилення міжособистісних ресурсів. У межах цього напрямку психологічний супровід повинен допомагати людині усвідомити, які стосунки залишаються для неї ресурсними, як відновити довіру до значущих інших, як формулювати потребу в підтримці та як приймати допомогу без переживання сорому, тягаря чи безпорадності [25]. Для частини дорослих саме відчуття покинутості, соціального відчуження та втрати звичних стосунків стає одним із найбільючіших аспектів кризового стану, тому робота з міжособистісною сферою має не допоміжне, а центральне значення.

П'ятим напрямом є смисложиттєвий супровід, який набуває особливої ваги в умовах пролонгованої кризи. Тривале перебування в екстремальних обставинах нерідко супроводжується руйнуванням звичних смислів, втратою цілей, дезорганізацією життєвих планів і відчуттям, що майбутнє перестав бути психологічно доступним. За таких умов доросла людина потребує не лише емоційної стабілізації, а й поступового відновлення смислової структури життя. Йдеться про підтримку здатності бачити короткострокові перспективи, формувати посильні цілі, відновлювати відчуття особистої значущості, цінності взаємин, відповідальності за себе й близьких, а також переживання того, що навіть у складних обставинах життя не втрачає своєї суб'єктивної ваги. У межах цього напрямку психологічний супровід сприяє переходу від переживання повної безперспективності до пошуку хоча б обмежених, але реальних підстав для внутрішнього утримання життєвої опори [33].

Шостим напрямом є психоосвітній супровід, який передбачає надання людині доступного розуміння власного стану, природи емоційних реакцій на екстремальні події, ролі хронічного стресу, виснаження, втрати підтримки та зниження життєстійкості у формуванні кризових переживань. Психоосвіта

має велике значення, оскільки вона зменшує відчуття хаосу, допомагає людині усвідомити закономірності власних переживань і частково знижує вторинну тривогу, пов'язану з нерозумінням того, що з нею відбувається. Крім того, психоосвітній компонент сприяє формуванню більш відповідального ставлення до власного психічного стану, підвищує готовність звертатися по допомогу та послаблює стигматизуючі уявлення щодо психологічної підтримки [1].

У межах зазначених напрямів психологічний супровід може здійснюватися в різних формах, добір яких залежить від гостроти стану, рівня суїцидальної вразливості, соціального контексту та доступних ресурсів допомоги. Найбільш базовою формою є індивідуальне психологічне консультування. Саме індивідуальний формат дає можливість створити безпечний простір для вираження переживань, поступово встановити довірливий контакт, уточнити особливості внутрішнього стану людини, її особистісні ресурси, актуальні труднощі та характер соціального оточення. Для дорослих в екстремальних умовах індивідуальне консультування є особливо цінним, оскільки дозволяє врахувати унікальну комбінацію життєвих втрат, стресогенних факторів, способів реагування й особистісних захисних механізмів. У цьому форматі можлива як кризова стабілізація, так і більш тривалий супровід, спрямований на відновлення емоційної рівноваги, життєстійкості та смислової перспективи.

Важливою формою є короткотривалий кризовий супровід, який доцільно використовувати у випадках вираженої емоційної дезорганізації, різкого зростання напруження, переживання безнадійності або різкого звуження адаптаційних можливостей. Його особливістю є фокус на актуальному стані людини, швидкому зниженні гостроти внутрішньої кризи, підтримці базового відчуття безпеки та активізації найближчих ресурсів. У такому форматі психологічна допомога має бути максимально конкретною, підтримувальною та орієнтованою на теперішній момент, без перевантаження людини надмірно складними інтерпретаціями.

Наступною формою є психологічний супровід у форматі серії зустрічей, спрямований на поступове відновлення адаптаційних ресурсів. Якщо гострий кризовий етап подолано, доросла людина часто потребує не разової консультації, а більш тривалої психологічної підтримки, яка допоможе їй осмислити наслідки пережитих подій, відновити внутрішню стійкість, перебудувати стратегії подолання труднощів і повернути відчуття життєвої безперервності. Саме серійний формат дозволяє послідовно працювати над емоційною саморегуляцією, життєстійкістю, міжособистісною включеністю та формуванням нових адаптивних орієнтирів [11].

Доцільною формою допомоги є також групова психологічна підтримка. У роботі з дорослими, які пережили екстремальні обставини, груповий формат має особливу цінність через можливість подолання соціальної ізоляції, нормалізації переживань і відновлення відчуття спільності з іншими людьми. Переживання того, що інші також проходять через складні емоційні стани, нерідко знижує відчуття відокремленості та покинутості. Крім того, групова робота створює умови для обміну досвідом адаптації, взаємної підтримки, відновлення комунікативної активності та зміцнення соціального ресурсу. Водночас такий формат потребує особливої професійної обережності, адже не всі дорослі на кризовому етапі готові до відкритого обговорення своїх переживань у присутності інших.

Окреме значення має сімейно орієнтований супровід. Оскільки результати дослідження показали, що підтримка з боку сім'ї є одним із найсильніших захисних чинників, доцільно розглядати сімейне середовище як важливий ресурс профілактики поглиблення суїцидальної вразливості. У межах цієї форми супроводу робота може бути спрямована на покращення емоційного контакту між близькими, зниження взаємного напруження, розвиток підтримувального стилю спілкування, формування більш чутливого ставлення до психологічного стану людини та зменшення ризику її подальшого ізолювання у межах родини. Для дорослих, які втратили частину

зовнішніх соціальних зв'язків, саме сім'я нерідко стає основним середовищем, де або посилюється, або послаблюється кризовий стан.

У сучасних умовах вагомою формою є дистанційний психологічний супровід. Для осіб, які були вимушено переміщені, проживають у небезпечних регіонах, мають обмежений доступ до очної допомоги або не готові одразу звернутися за нею безпосередньо, дистанційний формат створює можливість зберегти безперервність психологічного контакту. Така форма особливо актуальна в екстремальних умовах, коли фізична доступність фахівця може бути обмежена. Водночас дистанційний супровід не повинен зводитися до формального контакту. Він має залишатися структурованим, послідовним і достатньо підтримувальним, щоб людина відчувала реальну включеність у процес допомоги [33].

Важливим є міждисциплінарний супровід, який передбачає взаємодію психолога з іншими фахівцями допомагаючої сфери. Оскільки у частини дорослих суїцидальні тенденції поєднуються з вираженим емоційним неблагополуччям, соматичним виснаженням, порушенням сну, труднощами соціальної адаптації та хронічним стресом, психологічна допомога часто є більш ефективною в координації з медичними, соціальними та реабілітаційними службами. У такому випадку супровід набуває більш цілісного характеру й дозволяє враховувати як внутрішньопсихічні, так і зовнішні чинники дезадаптації [17].

Таким чином, напрями й форми психологічного супроводу дорослих із суїцидальними тенденціями в екстремальних умовах мають бути комплексними та взаємодоповнювальними. Найбільш значущими напрямками є кризово-стабілізаційний, емоційно-регуляторний, ресурсно-відновлювальний, міжособистісно-підтримувальний, смисложиттєвий і психоосвітній. Основними формами їх реалізації виступають індивідуальне консультування, короткотривалий кризовий супровід, серійна консультативна робота, групова підтримка, сімейно орієнтований супровід, дистанційна допомога та міждисциплінарна взаємодія. Саме така

багаторівнева модель супроводу найбільшою мірою відповідає результатам проведеного дослідження, згідно з якими суїцидальна вразливість дорослих в екстремальних умовах формується на перетині емоційного дистресу, зниженої життєстійкості та дефіциту соціальної підтримки.

3.3. Програма психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах

Результати проведеного емпіричного дослідження дали підстави для розробки цілісної програми психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах. Необхідність створення такої програми зумовлена тим, що у значної частини обстежених було виявлено підвищений рівень емоційного дистресу, зниження життєстійкості, дефіцит сприйманої соціальної підтримки та статистично значущі зв'язки між цими показниками і суїцидальними тенденціями. Отже, психологічна допомога в цій сфері має бути спрямована не лише на послаблення негативних емоційних станів, а й на відновлення внутрішніх і міжособистісних ресурсів особистості, формування адаптивних способів подолання труднощів та зміцнення готовності звертатися по підтримку у кризових ситуаціях.

Розроблена програма має комплексний профілактично-підтримувальний характер і орієнтована на дорослих, які переживають або пережили екстремальні життєві обставини, зокрема вимушене переміщення, втрату звичного середовища, тривалу небезпеку, хронічну невизначеність, суттєві життєві втрати, емоційне виснаження та порушення міжособистісних зв'язків. Програма не замінює спеціалізованої клінічної допомоги у випадках гострого стану, а виступає як система психологічної профілактики та супроводу, спрямована на зменшення психологічної вразливості й зміцнення захисних чинників.

Основною метою програми є зниження суїцидальної вразливості дорослих в екстремальних умовах шляхом послаблення емоційного дистресу,

розвитку життєстійкості, активізації соціально-психологічних ресурсів та формування більш адаптивних способів переживання кризи.

Для реалізації цієї мети були визначені такі завдання програми:

- зменшити інтенсивність депресивних, тривожних і стресових переживань; сприяти емоційній стабілізації учасників;
- розвивати навички саморегуляції та відновлення психологічної рівноваги;
- зміцнювати життєстійкість як внутрішній ресурс протидії дезадаптації;
- посилювати переживання соціальної підтримки та знижувати ризик соціальної ізоляції; формувати більш конструктивне ставлення до труднощів, невизначеності та життєвих втрат;
- підвищувати готовність звертатися по допомогу до фахівців і значущого соціального оточення; підтримувати відновлення смисложиттєвих орієнтирів і суб'єктивного бачення майбутнього.

У концептуальному плані програма спирається на кілька взаємодоповнювальних підходів. По-перше, це ресурсний підхід, відповідно до якого головним завданням психологічної допомоги є не лише послаблення симптомів неблагополуччя, а й розвиток внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості. По-друге, це кризово-орієнтований підхід, який передбачає підтримку людини в умовах актуального емоційного перевантаження та відновлення базового відчуття психологічної безпеки. По-третє, це соціально-психологічний підхід, що враховує вирішальне значення міжособистісних зв'язків, підтримувального середовища та переживання належності до інших. По-четверте, це профілактичний підхід, що орієнтує програму на попередження поглиблення кризового стану та на раннє зміцнення адаптаційних механізмів.

Програма побудована на таких принципах: системності, індивідуалізації, добровільної участі, психологічної безпечності, недопущення стигматизації, конфіденційності, опори на ресурси, поетапності

та безперервності. Принцип системності означає, що в роботі одночасно враховуються емоційні, особистісні та соціально-психологічні чинники суїцидальної вразливості. Принцип індивідуалізації передбачає адаптацію змісту й темпу роботи до реального стану конкретної людини. Принцип психологічної безпечності вимагає створення такого простору взаємодії, у якому людина може відкрито говорити про власні переживання без страху осуду чи знецінення. Принцип ресурсної орієнтації спрямовує фахівця на виявлення та зміцнення того, що вже підтримує людину і може стати опорою у кризових умовах.

У структурному відношенні програма включає три етапи: підготовчо-діагностичний, корекційно-підтримувальний та підсумково-рефлексивний.

На підготовчо-діагностичному етапі здійснюється первинне знайомство з учасниками, уточнення їхнього актуального психоемоційного стану, рівня життєстійкості, переживаної соціальної підтримки, готовності до групової взаємодії та потреби в індивідуальному супроводі. На цьому етапі важливо створити атмосферу довіри, окреслити правила взаємодії, домовитися про конфіденційність, добровільність участі, дбайливе ставлення до меж кожної людини та орієнтацію на безпечний формат обговорення складних переживань. Психолог на цьому етапі не лише збирає первинну інформацію, а й починає формувати в учасників відчуття структурованості та передбачуваності допомоги, що саме по собі вже має стабілізуючий ефект.

На корекційно-підтримувальному етапі реалізується основний зміст програми. Він спрямований на емоційну стабілізацію, розвиток саморегуляції, посилення життєстійкості, відновлення соціальної включеності та формування більш адаптивного способу осмислення труднощів. Саме цей етап є центральним, оскільки в його межах створюються умови для поступового переходу від стану безпорадності й виснаження до більшої внутрішньої організованості та психологічної стійкості.

На підсумково-рефлексивному етапі відбувається осмислення змін, які сталися з учасниками протягом програми, закріплення набутих навичок, уточнення індивідуальних ресурсів підтримки, обговорення способів самодопомоги в майбутньому та визначення подальших кроків психологічного супроводу для тих осіб, які його потребують. На цьому етапі важливо допомогти учасникам побачити не лише ті труднощі, які залишаються, а й ті реальні зміни, яких їм вдалося досягти в емоційній, поведінковій та соціальній сферах (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Структура програми психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах

Етап / модуль програми	Мета	Основний зміст	Форми і методи роботи
Підготовчо-діагностичний етап	Встановлення контакту, уточнення психоемоційного стану, рівня ресурсів і потреб учасників	Знайомство, визначення правил безпечної взаємодії, первинна психодіагностика, окреслення очікувань від участі у програмі	Індивідуальна бесіда, анкетування, психодіагностичні методики, групове обговорення
Модуль 1. Психологічна безпека та стабілізація емоційного стану	Зниження гострого емоційного напруження, створення базового відчуття безпеки	Психоосвіта щодо впливу екстремального стресу, розпізнавання ознак перевантаження, стабілізація уваги і стану	Психоосвітня бесіда, вправи на заземлення, дихальні практики, техніки самоспостереження
Модуль 2. Емоційна саморегуляція та подолання дистресу	Розвиток навичок емоційної саморегуляції, зниження тривоги, стресу і пригніченості	Усвідомлення власних емоційних реакцій, виявлення факторів напруження, опанування способів самопідтримки	Рефлексивні вправи, техніки емоційного усвідомлення, обговорення, щоденник станів
Модуль 3. Життестійкість як внутрішній ресурс	Зміцнення життестійкості, відновлення внутрішньої опори	Аналіз попереднього досвіду подолання труднощів, виявлення сильних сторін, розвиток гнучкості й витривалості	Вправи на актуалізацію ресурсів, нарративні техніки, робота з особистими цінностями
Модуль 4. Соціальна	Активізація міжособистісних	Аналіз кола підтримки,	Групова дискусія, вправи на довіру,

підтримка і подолання ізоляції	ресурсів, зниження переживання самотності	усвідомлення бар'єрів у зверненні по допомогу, розвиток навичок підтримувального спілкування	аналіз соціальної мережі, елементи сімейно орієнтованої роботи
Модуль 5. Відновлення життєвої перспективи та смисложиттєвих орієнтирів	Подолання переживання безперспективності, відновлення суб'єктивного бачення майбутнього	Пошук короткострокових і реалістичних життєвих цілей, осмислення особистісних цінностей, підтримка почуття значущості життя	Наративні вправи, рефлексія, робота з цінностями і цілями, обговорення
Модуль 6. Формування індивідуального плану психологічної самопідтримки	Закріплення набутих умінь і ресурсів у повсякденному житті	Узагальнення ефективних способів самодопомоги, визначення особистих ресурсів, складання індивідуальної карти підтримки	Індивідуальні завдання, письмова рефлексія, підсумкова бесіда
Підсумково-рефлексивний етап	Оцінка змін, осмислення результатів участі в програмі	Повторна діагностика, самооцінка змін, підбиття підсумків, визначення подальших кроків супроводу	Повторне тестування, індивідуальна та групова рефлексія, консультативна бесіда

Перший модуль – «Психологічна безпека та стабілізація емоційного стану». Його метою є зниження гостроти внутрішнього напруження, нормалізація емоційних реакцій на тривалий стрес і створення базового відчуття безпеки у взаємодії. У межах модуля учасники ознайомлюються з психологічними наслідками екстремального досвіду, вчать розпізнавати ознаки перевантаження, виснаження, тривожного напруження, зниження настрою, емоційної спустошеності. Особлива увага приділяється вправам на заземлення, відновлення контакту з тілесними відчуттями, стабілізацію уваги, зниження внутрішньої дезорганізації та формування відчуття «тут і тепер». Цей модуль є фундаментом для всієї подальшої роботи, оскільки без емоційної стабілізації неможливо перейти до глибшого осмислення переживань і розвитку ресурсів.

Другий модуль – «Емоційна саморегуляція та подолання дистресу». Його метою є розвиток здатності розуміти власний емоційний стан і конструктивно реагувати на хвилі тривоги, пригніченості, роздратування, виснаження та безсилля. Учасники вчаться диференціювати свої переживання, помічати чинники, які загострюють напруження, розширювати репертуар способів самопідтримки, формувати навички уповільнення реакції та повернення до більш урівноваженого стану. У межах модуля використовуються психоосвітні елементи, рефлексивні обговорення, вправи на усвідомлення емоцій, практики самоспостереження та техніки відновлення внутрішньої рівноваги. Модуль безпосередньо відповідає отриманим у дослідженні даним про зв'язок суїцидальної вразливості з депресією, тривогою та стресом (Додаток В).

Третій модуль – «Життєстійкість як внутрішній ресурс опору дезадаптації». Його метою є зміцнення внутрішньої стійкості, гнучкості, здатності до відновлення після стресу та підтримки відчуття особистої спроможності. Учасники працюють над усвідомленням власних сильних сторін, попереднього досвіду подолання труднощів, внутрішніх опор, цінностей і тих життєвих якостей, які допомагали їм витримувати кризові періоди раніше. Особливе значення має формування більш реалістичного ставлення до труднощів: не через заперечення проблеми, а через визнання того, що навіть у складних умовах людина зберігає певну здатність діяти, вибирати, шукати допомогу і поступово відновлювати контроль над окремими сферами свого життя. Саме цей модуль спрямований на посилення захисного чинника, який у дослідженні продемонстрував сильний зворотний зв'язок із суїцидальним ризиком.

Четвертий модуль – «Соціальна підтримка і подолання ізоляції». Його метою є відновлення відчуття включеності, посилення довіри до значущих людей і формування більш відкритої позиції щодо отримання допомоги. У межах цього модуля учасники досліджують власне коло підтримки, визначають, які люди є для них ресурсними, вчаться розпізнавати бар'єри у

зверненні по допомогу, долати сором або страх бути тягарем для інших. Окрема увага приділяється навичкам формулювання своїх потреб, безпечного встановлення контакту, підтримувального спілкування та відновлення порушених зв'язків. Оскільки дослідження показало суттєвий захисний вплив сімейної та близької підтримки, модуль може включати окремі елементи сімейно орієнтованої роботи або рекомендації щодо покращення комунікації з близькими.

П'ятий модуль – «Відновлення життєвої перспективи та смисложиттєвих орієнтирів». Його метою є поступове подолання переживання безперспективності, звуження майбутнього та втрати внутрішнього смислу. Учасники працюють над відновленням бачення короткострокових і середньострокових цілей, визначенням особисто значущих сфер життя, пошуком того, що залишається цінним попри кризові обставини. У межах модуля важливо не вимагати від людини «оптимізму», а допомогти їй заново вибудувати реалістичний, посильний горизонт майбутнього. Така робота сприяє зниженню відчуття тупиковості й підтримує внутрішню мотивацію до життя.

Шостий модуль – «Формування індивідуального плану психологічної самопідтримки». Його метою є інтеграція всіх набутих під час програми знань, навичок і ресурсів у практичну систему повсякденного самосупроводу. Учасники узагальнюють, які способи стабілізації для них є найбільш ефективними, які люди можуть бути джерелом підтримки, які ознаки погіршення стану вони тепер здатні розпізнати раніше, які дії допомагають повернутися до більш стійкого функціонування. На завершення програми кожен учасник формує власну ресурсну карту, що включає індивідуальні опори, безпечні способи самодопомоги, контакти підтримки та особисті нагадування про ті смисли й цінності, які допомагають утримувати життєву перспективу.

Очікуваними результатами програми є:

- зниження інтенсивності депресивних, тривожних і стресових переживань;
- посилення відчуття емоційної стабільності;
- підвищення рівня життєстійкості;
- покращення сприймання соціальної підтримки;
- зменшення почуття ізоляції та безпорадності;
- підвищення готовності звертатися по психологічну допомогу;
- розширення репертуару адаптивних способів саморегуляції;
- відновлення більш реалістичного і водночас підтримувального бачення майбутнього.

Таким чином, запропонована програма психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах спрямована на ті чинники, які виявилися найбільш значущими у структурі суїцидальної вразливості, а саме на емоційний дистрес, зниження життєстійкості та дефіцит соціальної підтримки. Комплексний, поетапний і ресурсно орієнтований характер програми дозволяє розглядати її як доцільний інструмент психологічної профілактики та супроводу дорослих, які перебувають в екстремальних умовах і потребують посилення внутрішніх та міжособистісних опор.

Висновки до розділу 3

У розділі було обґрунтовано практичні засади психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах та визначено логіку побудови системи психологічного супроводу осіб із підвищеною суїцидальною вразливістю. Вихідним положенням для розробки практичних рекомендацій стали результати емпіричного дослідження, які показали, що суїцидальні тенденції у дорослих пов'язані з комплексом взаємозумовлених чинників: вираженим емоційним дистресом, зниженням життєстійкості, дефіцитом сприйманої соціальної підтримки та тривалим

перебуванням у стресогенних, небезпечних і нестабільних життєвих обставинах.

Було визначено основні принципи та цілі психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих. Встановлено, що така профілактика повинна ґрунтуватися на принципах системності, раннього виявлення психологічної вразливості, ресурсної орієнтації, індивідуалізації, соціальної включеності, поетапності, психологічної безпечності та недопущення стигматизації. Головною метою профілактичної роботи окреслено зниження суїцидальної вразливості через зменшення емоційного дистресу, розвиток життєстійкості, активізацію соціально-психологічних ресурсів і формування більш адаптивних способів переживання кризи.

Визначено основні напрями й форми психологічного супроводу дорослих із суїцидальними тенденціями в екстремальних умовах. Показано, що найбільш доцільними напрямками є кризово-стабілізаційний, емоційно-регуляторний, ресурсно-відновлювальний, міжособистісно-підтримувальний, смисложиттєвий та психоосвітній. Така структура супроводу відповідає виявленим у дослідженні закономірностям, оскільки охоплює як емоційні, так і особистісні та соціально-психологічні чинники суїцидальної вразливості. Обґрунтовано, що реалізація цих напрямів можлива у формах індивідуального консультування, кризового короткотривалого супроводу, серійної консультативної роботи, групової підтримки, сімейно орієнтованої допомоги, дистанційного супроводу та міждисциплінарної взаємодії. Це дозволяє зробити висновок, що психологічний супровід дорослих в екстремальних умовах має бути не одноразовим заходом, а цілісним і гнучким процесом, адаптованим до динаміки стану людини.

Розроблено програму психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах. Програма має комплексний, поетапний і ресурсно орієнтований характер, поєднує підготовчо-діагностичний, корекційно-підтримувальний і підсумково-рефлексивний етапи, а її зміст реалізується через модулі емоційної

стабілізації, розвитку саморегуляції, зміцнення життєстійкості, активізації соціальної підтримки, відновлення життєвої перспективи та формування індивідуального плану психологічної самопідтримки. Запропонована програма безпосередньо спирається на результати емпіричного дослідження, оскільки спрямована на ті чинники, які виявилися найбільш значущими у структурі суїцидальної вразливості.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах. Актуальність теми зумовлена тим, що війна, вимушене переміщення, втрата близьких, тривала небезпека, невизначеність і хронічний стрес істотно підвищують психологічну вразливість дорослої людини та ускладнюють процеси її адаптації, саморегуляції й збереження внутрішньої рівноваги. У ході роботи досягнуто поставленої мети, а саме: з'ясовано сутність суїцидальної поведінки як складного багатовимірного психологічного феномена, визначено її основні чинники ризику й ресурси резильєнтності, емпірично досліджено особливості суїцидальної вразливості дорослих з досвідом перебування в екстремальних умовах та обґрунтовано практичні напрями її профілактики і психологічного супроводу.

Теоретичний аналіз дав підстави розглядати суїцидальну поведінку не як одиничний акт, а як динамічний процес, що охоплює суїцидальні думки, наміри, внутрішні переживання, смислові втрати, когнітивні викривлення, емоційне виснаження та поведінкові прояви. Встановлено, що найбільш продуктивними для її пояснення є сучасні інтегративні моделі, які поєднують особистісні, емоційні, когнітивні, міжособистісні та соціально-психологічні детермінанти. Особливо важливим є положення про те, що виникнення суїцидальної ідеації та перехід до дії мають різні психологічні механізми, а тому потребують окремого аналізу в діагностиці й профілактиці. У роботі доведено, що в екстремальних умовах суїцидальна вразливість формується під впливом не одного чинника, а сукупності взаємопов'язаних дестабілізуючих впливів.

З'ясовано, що до основних психологічних чинників ризику належать психотравматизація, хронічний стрес, безнадія, депресивність, тривожність, емоційне виснаження, когнітивна ригідність, втрата життєвої перспективи, соціальна ізоляція та дефіцит підтримки. Водночас вагомими захисними

чинниками виступають життєстійкість, емоційна саморегуляція, відчуття контролю, гнучкість мислення, навички подолання труднощів, соціальна підтримка, збереження смисложиттєвих орієнтирів та здатність витримувати невизначеність. Отже, суїцидальна поведінка дорослих в екстремальних умовах є результатом співвідношення між ризик-факторами та ресурсами резильєнтності: чим слабшими є внутрішні й зовнішні опори особистості, тим вищою стає ймовірність формування суїцидальних тенденцій.

Результати емпіричного дослідження 57 дорослих осіб показали, що суїцидальна вразливість у вибірці має неоднорідний, але достатньо виражений характер. Низький рівень суїцидального ризику було виявлено у 42,1% респондентів, середній – у 35,1%, високий – у 22,8%, що свідчить про наявність значної частки осіб, які потребують посиленої психологічної уваги. Встановлено також, що для обстежених характерний підвищений рівень емоційного неблагополуччя, насамперед тривоги, стресу та депресії. Більше половини респондентів продемонстрували помірні або високі показники за цими станами, що дозволяє говорити про системний характер емоційного дистресу в умовах екстремального досвіду.

Окремо доведено, що життєстійкість і сприймана соціальна підтримка виконують виразну захисну функцію. Особи з нижчими показниками життєстійкості виявилися більш емоційно виснаженими, більш тривожними та більш схильними до суїцидальної вразливості. Аналогічно дефіцит соціальної підтримки, особливо з боку сім'ї та близького оточення, поєднувався з вищими показниками суїцидального ризику, емоційного дистресу та нижчими адаптаційними ресурсами. Найменш ресурсною сферою виявилася підтримка з боку друзів, що може свідчити про звуження соціального кола та посилення переживання ізоляції в частини респондентів. Таким чином, соціальна підтримка і життєстійкість є не лише супутніми характеристиками психологічного благополуччя, а й важливими мішенями профілактичної роботи.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив, що суїцидальні тенденції статистично значуще пов'язані з особистісними, емоційними та соціально-психологічними характеристиками дорослих. Суїцидальний ризик позитивно корелює з депресією, тривогою та стресом і негативно – з життєстійкістю та соціальною підтримкою. Найбільш тісні зв'язки виявлено між суїцидальним ризиком і депресією, загальним рівнем соціальної підтримки та життєстійкістю. Це дає підстави стверджувати, що формування суїцидальної вразливості в дорослих в екстремальних умовах має комплексну природу та не може бути адекватно пояснене поза контекстом емоційної дезадаптації, виснаження внутрішніх ресурсів і порушення системи значущих міжособистісних зв'язків.

На основі результатів дослідження було обґрунтовано практичні засади психологічної профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах. Визначено, що така профілактика має базуватися на принципах системності, раннього виявлення психологічної вразливості, ресурсної орієнтації, індивідуалізації, соціальної включеності, поетапності, психологічної безпечності та недопущення стигматизації. Найбільш доцільними напрямками психологічного супроводу визнано кризово-стабілізаційний, емоційно-регуляторний, ресурсно-відновлювальний, міжособистісно-підтримувальний, смисложиттєвий і психоосвітній напрями. Розроблена програма психологічної підтримки має комплексний і поетапний характер та спрямована на зниження емоційного дистресу, розвиток саморегуляції, зміцнення життєстійкості, активізацію соціальної підтримки, відновлення життєвої перспективи та формування індивідуального плану психологічної безпеки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андриєті Л. В., Ваврик Л. В. Психологічні аспекти профілактики девіантної поведінки військовослужбовців сектору безпеки і оборони України. *Габітус*. 2024. Вип. 65. С. 116–121. Режим доступу: <https://habitus.od.ua/journals/2024/65-2024/22.pdf>
2. Асєєва Ю. О., Ахунова Л. А. Теоретичні основи дослідження суїцидальної поведінки у молоді. *Габітус*. 2025. Вип. 77. Т. 1. С. 88–93. Режим доступу: <https://habitus.od.ua/77-2025-1>
3. Бойко А. Психологія адаптації особистості в умовах воєнних дій. *Вчені записки*. 2024. № 1. С. 1–5. Режим доступу: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2024/4_2024.pdf
4. Бойко А. Психологічні особливості перебування особистості в екстремальних умовах. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. С. 806–818.
5. Бойко А. Психологія особистості в екстремальних умовах. *Наукові перспективи* (Naukovі perspektivi). 2024. № 9 (51).
6. Бочелюк В., Застело А. Соціально-психологічні особливості розвитку стресостійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2021. № 1(54). С. 37–50.
7. Вознесенська О. Л. Арт-терапія в роботі з вимушеними переселенцями. *Простір арт-терапії : збірник наукових праць*. 2015. Вип. 2(18). С. 23–41.
8. Головська І., Почепцова Д. Дослідження та корекція впливу екстремальних умов на емоційну сферу особистості. *Габітус*. 2022. Вип. 38. С. 54–58. Режим доступу: <https://habitus.od.ua/journals/2022/38-2022/10.pdf>
9. Євланова Е. М., Луньов В. Є. Атрибутивно-стильова детермінація життєстійкості особистості (на прикладі внутрішніх переселенців). *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. 2021. Т. 22, № 3. С. 5–13.

- 10.Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
- 11.Зливков В., Лукомська С., Євдокимова Н., Ліпінська С. Діти і війна: монографія. Київ ; Ніжин : Вид. ПП Лисенко М. М., 2023. 220 с.
- 12.Карамушка Л., Карамушка Т. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 2(26). С. 48–59. Режим доступу:
<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/732764/1/document%20%283%29.pdf>
- 13.Курова А. В. Ситуація невизначеності у парадигмі сучасних викликів суспільства. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2021. Серія «Психологія», Вип. 4. С. 51–55.
- 14.Лисенко І. П., Крайлюк А. І., Іванова Є. О. Клініко-психологічні предикти суїцидальної поведінки осіб дорослого віку. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*. 2024. Т. 8. С. 51–60.
- 15.Лукомська С. О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 14, вип. 1. С. 187–198
- 16.Макаров О. М. Соціально-психологічні наслідки бойового стресу у військовослужбовців з пораненнями: психосоматичні прояви. *Габітус*. 2025. Вип. 72. С. 56–60
- 17.Маковецька М. О. Особистість в екстремальних умовах: соціально-психологічні підходи до дослідження. Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір : матер. IV міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 21 черв., 2024 р.). Одеса, 2024. С. 118-122.
- 18.Медянова О. В., Дворніченко Л. Л., Любіна Л. А., Шкраб'юк В. С., Кононенко О. І. Психологічна резильєнтність особистості в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 10(28). С. 601–611.

19. Мочурад Л. І., Бойко Н. І., Яцків М. В. Моделювання стресової ситуації людини в автоматизованих системах управління технологічними процесами. *Scientific Bulletin of UNFU*. 2020. Т. 30, № 1. С. 152–157.
20. Музиченко І. В., Бурак А. Психологічні особливості суїцидальної поведінки серед студентської молоді. *Наукові перспективи*. 2024. № 1(43). С. 858–868.
21. Піщанська О. О., Луньов В. Є. Порівняльний аналіз емоційних станів та соціальної депривації у внутрішньо переміщених осіб та приймаючого населення в Україні. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*. 2021. Т. 22, № 3. С. 14–22.
22. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с. Режим доступу: <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/18831>
23. Раскосова А. М., Іванова Т. В. Інтеграція метакогнітивної та діалектичної поведінкової терапії в корекції суїцидальної поведінки. *Габітус*. 2025. Вип. 77. Т. 1. С. 210–214. Режим доступу: <https://habitus.od.ua/77-2025-1>
24. Сердюк О. О. Суїцидальна поведінка української молоді. Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Вінниця, 29 берез. 2024 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ ; Нац. акад. правових наук України. Вінниця : ХНУВС, 2024. С. 133–137.
25. Сердюк Л. З. Самодетермінація психологічного благополуччя особистості: монографія / за ред. Л.З. Сердюк. Київ-Львів: Вікторія Кундельська, 2021. 236 с.
26. Смірнова Т. М. Етіологія посттравматичного стресового розладу особистості військовослужбовця. *Габітус*. 2025. Вип. 72. С. 152–157. Режим доступу: <https://habitus.od.ua/72-2025-2>

- 27.Трач В., Скакунов М., Старусева В. Профілактика розладів нервової системи під впливом тривалого стресу. *Grail of science*. 2024. № 38. С. 394–397.
- 28.Федоренко Р. П. Психологія суїциду: навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 340 с.
- 29.Хміляр О. Ф., П'янківська Л. В. Суїцидальний намір: діагностика, фрустрація, профілактика. *Габітус*. 2023. Вип. 52. С. 190–196. Режим доступу:
https://www.researchgate.net/publication/374914474_SUICIDALNIJ_NAMIR_DIAGNOSTIKA_FRUSTRACIA_PROFILAKTIKA_SUICIDAL_IDEATION_DIAGNOSIS_FRUSTRATION_PREVENTION
- 30.Чернобровкіна В. А. Превенція суїцидів у громаді: як говорити з людьми про суїцид : пам'ятка для працівників на місцях. Київ : НаУКМА, 2023. 20 с. Режим доступу: <https://kmarehab.com/wp-content/uploads/2025/01/iak-hovoryty-z-liudmy-pro-suitsydy.pdf>
- 31.Чиханцова О. А. Розвиток резильєнтності особистості в ситуаціях невизначеності. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2023. Т. 34(73). № 1. С. 35–40.
- 32.Шевчук А. С. Успішна адаптація військовослужбовців як чинник запобігання суїциду. *Габітус*. 2025. Вип. 77. С. 85–89 Режим доступу:
https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/735244/1/%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F_%D0%A7%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%BD%D1%86%D0%BE%D0%B2%D0%B0.pdf
- 33.Шило І. О. Профілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців. *Наукові перспективи*. 2025. № 3(57). С. 1650–1659.
- 34.Шило І. О. Фактори суїцидальності серед військовослужбовців: психологічний аналіз. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 2(48). С. 1801–1810.

- 35.Шутяк І., Любицький М. Психологія екстремальних ситуацій у сучасній Україні. *Modern engineering and innovative technologies*. 2023. № 29–03. С. 51–56.
- 36.Adler A. Understanding human nature. London ; New York : Routledge, 2013. 304 p.
- 37.An J., Wang T., Chen B., Oleksiyenko A., Lin C. Mental Health of Residents of Ukraine Exposed to the Russia-Ukraine Conflict. *JAMA Network Open*. 2025. Vol. 8, No. 2.
- 38.Beck A. T., Steer R. A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. 1985. Vol. 142, no. 5. P. 559–563.
- 39.Bhugra D. Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*. 2004. Vol. 69, issue 1. P. 129–141.
- 40.Darvishi, N., Poorolajal, J., Azmi-Naei, B., Farhadi, M. The role of social support in preventing suicidal ideations and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Research in Health Sciences*. 2022. Vol. 24(2). P. 145–158
Режим доступу:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11264453/>
- 41.Díaz-Oliván I., Porras-Segovia A., Barrigón M. L., Jiménez-Muñoz L., Baca-García E. Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. *The European Journal of Psychiatry*. 2021. Vol. 35, No. 3. P. 181–192.
Режим доступу:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213616321000033>
- 42.Durkheim É. Le suicide : étude de sociologie. Paris : F. Alcan, 1897. xii, 462 p.
- 43.Durkheim É. Suicide : a study in sociology. London ; New York : Routledge, 2002.
- 44.Ellis B. H., Lankau E. W., Ao T., Benson M. A., Miller A. B., Shetty S., Cardozo B. L., Geltman P. L., Cochran J. Understanding Bhutanese Refugee Suicide Through the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2015. Vol. 85, no. 1. P. 43–55.

45. Frankl V. E. Man's search for meaning. Boston : Beacon Press, 2006. 165 p.
46. Freud S. Trauer und Melancholie. Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse. 1917. Bd. 4, H. 6. S. 288–301.
47. Freud S. Mourning and melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London : Hogarth Press, 1957. Vol. 14. P. 237–258.
48. Janssen W., Mérelle S. Y. M., van Ballegooijen W. Cognitive Behavior Therapy With and Without Narrative Assessment and Suicide Attempts: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Network Open. 2025. Vol. 8(11). e2544632. Режим доступа: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2841680>
49. Jobes D. A., Chalker S. A. et al. The use of CAMS and DBT to effectively treat patients who are suicidal. Frontiers in Psychiatry. 2024. Vol. 15. 1354430. Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1354430/full>
50. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA : Harvard University Press, 2005. 288 p.
51. Klonsky E. D., Pachkowski M. C., Shahnaz A., May A. M. The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. Preventive Medicine. 2021. Vol. 152. 106549.
52. Ligório I. S., Colvara B. C., Ribeiro J. M. Theoretical models of suicide: a narrative review. Psicologia em Estudo. 2024.
53. Linehan M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York : Guilford Press, 1993. 558 p.
54. Menninger K. A. Man against himself. New York : Harcourt, Brace & World, 1938. 485 p.
55. Miller A. L., Rathus J. H., Linehan M. M. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York : Guilford Press, 2007. 346 p.

56. Morales S. M., Barros J. B. Mental Pain Surrounding Suicidal Behaviour: A Review of What Has Been Described and Clinical Recommendations for Help. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 12. Article 750651.
57. Ng J. S. Examining suicidal ideation through the Three-Step Theory. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2025.
58. Ndeti, D. M., Mutiso, V., Musyimi, K. Resilience and its association with hopelessness, depression, loneliness, post-traumatic stress disorder (PTSD) and suicidal ideations and behavior in a cohort in the Nairobi Metropolitan. *Global Mental Health*. 2025. Vol. 12. e38.
59. O'Connor R. C., Nock M. K. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. 2014. Vol. 1(1). P. 73–85.
60. Oliveira C., Basto-Pereira M. Examining Risk and Protective Factors for Suicidal Behaviors: A Cross-Sectional Study Among Portuguese Male Inmates. *Healthcare*. 2025. Vol. 13(3). Article 293.
61. Ophir Y. The ethics of suicide research online: a consensual protocol for crowdsourcing-based studies on suicide. *Humanities and Social Sciences Communications*. 2024. Vol. 11.
62. Pollak O. H., Liu R. T. et al. Assessment of suicidal thoughts and behaviors in adults: A systematic review of measure psychometric properties and implications for clinical and research utility. *Psychological Assessment*. 2024.
63. Ramchand, R. Suicide among veterans: Veterans' issues in focus. *Rand Health Quarterly*. 2022. Vol. 9(3). P. 21-34.
64. Sadek, J., Diaz-Piedra, B., Saleh, L., MacDonald, L. A narrative review: Suicide and suicidal behaviour in older adults. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15.
65. Shneidman E. S. Definition of suicide. New York : Wiley, 1985. 256 p.
66. Souza K. A systematic review of the studies testing the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Health Psychology Review*. 2024.

67. Teismann T., Forkmann T. et al. Ambivalence model of suicidality (ABS-model): an orientation model for the treatment of suicidal individuals. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. 1449565.
68. Zemp, C., Vallières, F., Broecker, F., Edmunds Haroz, E. E., Kakish, I., Sheaf, G., Lee, J. S. Y., Harrison, S., Siersbaek, R. Self-harm and suicide prevention in humanitarian and fragile contexts: A systematic scoping review. *Global Mental Health*. 2025. Vol. 12, e145

Всього джерел – 68.

Джерел за останні п'ять років – 48.

Джерел зарубіжних авторів за останні п'ять років – 18

(37, 40, 41, 48, 49, 51, 52, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68).

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 30

(1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35).

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета для вивчення соціально-демографічних характеристик і життєвого досвіду

Шановний(а) учаснику(це)!

Просимо Вас відповісти на запитання анкети. Опитування є анонімним, а отримані дані будуть використані лише в узагальненому вигляді з науковою метою. Уважно прочитайте кожне запитання та позначте обраний варіант відповіді або впишіть власну відповідь там, де це потрібно.

Блок 1. Соціально-демографічні дані

Ваш вік:

___ років

Ваша стать:

☐ жіноча

☐ чоловіча

☐ інше

☐ не бажаю зазначати

Ваш клас / курс навчання:

☐ 7 клас

☐ 8 клас

☐ 9 клас

☐ 10 клас

☐ 11 клас

☐ інше: _____

Тип закладу освіти, у якому Ви навчаєтесь:

☐ заклад загальної середньої освіти

☐ ліцей

☐ гімназія

☐ коледж

☐ інше: _____

Місце проживання:

- ☐ місто
- ☐ селище
- ☐ село

З ким Ви зараз проживаєте?

- ☐ з обома батьками
- ☐ з матір'ю
- ☐ з батьком
- ☐ з іншими родичами
- ☐ з опікунами
- ☐ інше: _____

Скільки дітей у Вашій сім'ї?

- ☐ я єдина/єдиний у сім'ї
- ☐ двоє дітей
- ☐ троє дітей
- ☐ четверо і більше

Як би Ви оцінили матеріальні умови Вашої сім'ї?

- ☐ високі
- ☐ достатні
- ☐ середні
- ☐ нижчі за середні
- ☐ складні

Блок 2. Освітній та соціальний статус

Як Ви оцінюєте свою успішність у навчанні?

- ☐ висока
- ☐ достатня
- ☐ середня
- ☐ низька

Чи берете Ви участь у позанавчальній діяльності?

- ☐ так, постійно

☐ інколи

☐ ні

Які саме види діяльності Вам властиві?

☐ спортивні секції

☐ творчі гуртки

☐ волонтерська діяльність

☐ технічні / наукові гуртки

☐ онлайн-активності

☐ інше: _____

Чи маєте Ви близьких друзів, яким довіряєте?

☐ так

☐ частково

☐ ні

Як би Ви охарактеризували свої стосунки з однолітками?

☐ переважно добрі

☐ нейтральні

☐ напружені

☐ конфліктні

Як би Ви охарактеризували свої стосунки з батьками або дорослими, які Вас виховують?

☐ довірливі та підтримувальні

☐ загалом добрі

☐ нестабільні

☐ напружені

☐ конфліктні

Блок 3. Специфічний життєвий досвід

Чи змінювали Ви місце проживання протягом останніх років?

☐ так

☐ ні

Якщо так, то з якої причини?

- ☐ переїзд сім'ї
- ☐ навчання
- ☐ безпекова ситуація
- ☐ сімейні обставини
- ☐ інше: _____

Чи маєте Ви досвід вимушеного переміщення / міграції?

- ☐ так
- ☐ ні

Чи переживали Ви тривалу розлуку з близькими людьми?

- ☐ так
- ☐ ні

Чи стикалася Ваша сім'я з впливом воєнних подій?

- ☐ так, безпосередньо
- ☐ так, опосередковано
- ☐ ні
- ☐ важко відповісти

Чи є серед Ваших близьких люди, які перебували або перебувають у зоні бойових дій?

- ☐ так
- ☐ ні
- ☐ не бажаю відповідати

Чи доводилося Вам тривалий час жити в умовах підвищеного стресу або небезпеки?

- ☐ так
- ☐ ні
- ☐ важко відповісти

Чи були у Вашому житті події, які Ви вважаєте дуже важкими або травмувальними?

- ☐ так
- ☐ ні

☐ не бажаю відповідати

Якщо так, Ви можете за бажанням коротко вказати їх характер:

Блок 4. Особливості повсякденного функціонування

Як часто Ви відчуваєте нестачу підтримки з боку близьких людей?

☐ майже ніколи

☐ іноді

☐ часто

☐ дуже часто

Як часто Ви відчуваєте самотньо?

☐ майже ніколи

☐ іноді

☐ часто

☐ дуже часто

Чи є у Вашому житті доросла людина, до якої Ви можете звернутися по допомогу у складній ситуації?

☐ так

☐ не завжди

☐ ні

Як часто Ви відчуваєте перевантаження через навчання, сімейні чи інші обставини?

☐ майже ніколи

☐ іноді

☐ часто

☐ дуже часто

Що найчастіше допомагає Вам справлятися з труднощами?

☐ підтримка родини

☐ друзі

☐ хобі / захоплення

☐ спорт / творчість

☐ спілкування в інтернеті

☐ звернення до психолога / педагога

☐ інше: _____

Блок 5. Відкрите запитання

Які обставини у сучасних умовах найбільше впливають на емоційний стан підлітків, на Вашу думку?

Що, на Вашу думку, найбільше допомагає підліткам зберігати психологічну стійкість?

Додаток Б

Таблиця зведених даних емпіричного дослідження

ID	Депресія, бал	Тривога, бал	Стрес, бал	CD-RISC-10, бал
1	22	21	28	13
2	20	17	23	32
3	19	13	22	28
4	20	10	16	25
5	29	20	42	26
6	27	19	34	17
7	12	12	15	31
8	37	30	19	17
9	1	4	5	32
10	15	31	23	24
11	0	12	16	33
12	13	0	9	14
13	14	10	11	36
14	14	16	30	14
15	5	12	12	28
16	27	13	23	25
17	18	14	25	28
18	22	32	38	14
19	27	31	33	15
20	9	8	24	26
21	2	5	4	21
22	11	1	10	35
23	21	19	29	20
24	7	12	23	36
25	9	11	18	35
26	6	2	17	17
27	21	26	28	19
28	17	15	29	27
29	3	9	15	26
30	28	19	35	16
31	19	11	25	16
32	26	29	26	21
33	2	9	0	36
34	20	16	24	21
35	12	12	17	32

ID	Депресія, бал	Тривога, бал	Стрес, бал	CD-RISC-10, бал
36	17	10	25	25
37	11	8	15	35
38	1	3	4	37
39	34	16	39	18
40	20	19	16	24
41	5	1	17	27
42	23	32	33	12
43	10	12	6	28
44	11	4	19	25
45	20	18	21	23
46	19	15	29	15
47	18	14	41	17
48	19	19	24	31
49	9	8	11	39
50	11	3	7	23
51	33	29	22	16
52	14	19	23	25
53	13	10	33	25
54	9	9	9	25
55	11	9	22	16
56	5	8	18	31
57	16	10	20	23

ID	MSPSS: сім'я	MSPSS: друзі	MSPSS: близькі	MSPSS: загальний
1	2.87	2.38	3.47	2.91
2	2.65	1.23	2.60	2.16
3	4.04	2.90	3.26	3.40
4	4.77	4.30	4.99	4.69
5	1.96	1.10	2.01	1.69
6	4.49	3.67	4.84	4.33
7	5.00	4.03	4.53	4.52
8	2.68	1.79	2.89	2.45
9	4.84	3.95	5.16	4.65
10	4.65	4.47	5.88	5.00
11	5.25	4.22	5.53	5.00
12	6.95	6.52	6.93	6.80
13	6.86	6.16	6.78	6.60
14	2.69	2.23	3.51	2.81
15	6.99	6.42	6.99	6.80
16	3.79	2.60	3.36	3.25
17	6.94	6.64	6.82	6.80
18	2.17	2.02	2.71	2.30
19	4.91	4.39	5.70	5.00
20	2.95	2.49	3.80	3.08
21	6.74	6.75	6.91	6.80
22	5.16	4.06	5.78	5.00
23	4.99	4.68	4.97	4.88
24	5.26	3.98	5.13	4.79
25	5.00	4.37	4.40	4.59
26	2.87	2.04	4.03	2.98
27	2.77	2.10	3.11	2.66
28	4.88	4.35	4.71	4.65
29	6.74	6.54	6.93	6.74
30	3.08	1.97	3.80	2.95
31	6.84	6.60	6.96	6.80
32	4.93	4.10	4.23	4.42
33	4.66	3.99	4.61	4.42
34	4.88	4.09	5.27	4.75
35	6.60	5.82	6.73	6.38
36	2.95	2.43	3.02	2.80
37	6.87	6.63	6.90	6.80

ID	MSPSS: сім'я	MSPSS: друзі	MSPSS: близькі	MSPSS: загальний
38	6.82	6.27	6.98	6.69
39	2.42	2.44	2.73	2.53
40	4.40	3.77	4.47	4.21
41	5.17	4.26	4.99	4.81
42	3.14	2.22	2.77	2.71
43	4.63	3.89	5.21	4.58
44	6.55	5.85	6.19	6.20
45	3.22	2.55	3.41	3.06
46	5.02	4.29	5.11	4.81
47	3.48	2.55	3.09	3.04
48	3.40	2.45	3.22	3.02
49	7.00	6.33	6.83	6.72
50	5.35	4.55	4.44	4.78
51	2.68	2.58	3.02	2.76
52	2.51	1.91	4.28	2.90
53	4.86	4.01	4.75	4.54
54	4.34	3.86	4.58	4.26
55	3.34	3.17	3.45	3.32
56	5.13	4.21	4.93	4.76
57	5.46	4.61	4.94	5.00

Додаток В

Змістове наповнення програми психологічної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки дорослих в екстремальних умовах

Етап / модуль програми	№ заняття	Тема заняття	Мета заняття	Вправи / техніки	Методи роботи
Підготовчо-діагностичний етап	1	Встановлення контакту і первинна діагностика	Формування безпечної атмосфери, знайомство, визначення запиту та початкового психоемоційного стану	«Знайомство через ресурс»; «Карта очікувань»; обговорення правил групи; первинне анкетування; коротка індивідуальна бесіда	Індивідуальна бесіда, анкетування, спостереження, групове обговорення
Модуль 1. Психологічна безпека та стабілізація емоційного стану	2	Базове відчуття безпеки	Зниження гострого емоційного напруження, формування відчуття контролю над станом	Психоосвіта «Реакції психіки на екстремальний стрес»; вправа «Опора тут і тепер»; техніка «5–4–3–2–1»; вправа «Безпечне місце»	Психоосвітня бесіда, заземлювальні техніки, візуалізація, групова рефлексія
	3	Стабілізація уваги і тіла	Навчити учасників швидким технікам самостабілізації	Дихальна вправа «Подовжений видих»; «Сканер тіла»; вправа «Три точки опори»; техніка «Світлофор стану»	Дихальні практики, тілесно-орієнтовані техніки, самоспостереження, обговорення
Модуль 2. Емоційна саморегуляція та подолання дистресу	4	Усвідомлення емоційних реакцій	Формування навичок розпізнавання власних емоцій і факторів напруження	Вправа «Назви свій стан»; техніка «Емоція – думка – реакція»; заповнення «Щоденника станів»; вправа «Мої тригери напруження»	Рефлексивні вправи, елементи когнітивного аналізу, письмова робота, групове обговорення
	5	Способи самопідтримки	Навчити учасників знижувати дистрес і відновлювати рівновагу	Техніка «СТОП-пауза»; вправа «Контейнер для сильних емоцій»; «М'яке	Техніки емоційної регуляції, самоспостереження,

				повернення до контролю»; вправа «Що допомагає саме мені»	письмова рефлексія, дискусія
Модуль 3. Життєстійкість як внутрішній ресурс	6	Актуалізація ресурсів	Посилення внутрішньої опори, усвідомлення власного досвіду подолання труднощів	Вправа «Мій досвід подолання»; техніка «Дерево ресурсів»; вправа «Мої сильні сторони»; вправа «Що допомогло мені вистояти»	Наративні техніки, ресурсні вправи, самоаналіз, групове обговорення
	7	Цінності і внутрішня опора	Розвиток гнучкості, витривалості, опори на особисті смисли	Вправа «Цінності, які мене тримають»; техніка «Колесо внутрішньої опори»; вправа «Мій ресурсний лист собі»	Робота з цінностями, письмова рефлексія, наративний підхід, обговорення
Модуль 4. Соціальна підтримка і подолання ізоляції	8	Ресурси міжособистісної підтримки	Усвідомлення значення соціальних зв'язків, зниження переживання самотності	Вправа «Моє коло підтримки»; соціограма «Люди, до яких я можу звернутися»; вправа «Бар'єри звернення по допомогу»	Аналіз соціальної мережі, рефлексія, групова дискусія
	9	Навички підтримувального спілкування	Формування вмінь просити про допомогу і приймати її	Вправа «Я-повідомлення»; рольова вправа «Прохання про підтримку»; вправа «Активне слухання в парі»; техніка «Фрази підтримки»	Рольова гра, тренінг комунікації, парна робота, моделювання ситуацій
Модуль 5. Відновлення життєвої перспективи та смисложиттєвих орієнтирів	10	Бачення майбутнього	Подолання безперспективності, формування короткострокових життєвих орієнтирів	Вправа «Моє найближче майбутнє»; техніка «Три реалістичні цілі»; вправа «Один крок на тиждень»; вправа «Що надає сенсу моєму життю»	Наративні вправи, постановка цілей, письмова рефлексія, обговорення
	11	Смисли, цінності,	Підтримка суб'єктивного	Вправа «Лінія життя:	Наративні техніки,

		значущість життя	відчуття значущості життя і особистої цінності	точки опори»; вправа «Мої незавершені важливі справи»; техніка «Лист у майбутнє»	смыслжиттєва рефлексія, письмова робота
Модуль 6. Формування індивідуального плану психологічної самопідтримки	12	Індивідуальна карта самопомогии	Закріплення ефективних способів самопідтримки у повсякденному житті	Вправа «Мої стабілізатори»; техніка «Індивідуальна карта підтримки»; вправа «Ознаки перевантаження і мої дії»; список «Люди та місця підтримки»	Індивідуальні завдання, письмова робота, консультативна бесіда
	13	Закріплення навичок	Узагальнення отриманих знань і перенесення їх у реальне життя	Вправа «Мій алгоритм самопомогии»; техніка «План дій у складний день»; рефлексія «Що я беру з собою після програми»	Рефлексія, індивідуальне планування, групове обговорення
Підсумково- рефлексивний етап	14	Оцінка змін і завершення програми	Осмислення результатів участі, повторна оцінка стану, завершення групового процесу	Повторна діагностика; вправа «Мої зміни за час програми»; вправа «Лист підтримки собі»; підсумкове коло зворотного зв'язку	Повторне тестування, індивідуальна і групова рефлексія, консультативна бесіда

Декларація про академічну доброчесність

Моя наукова робота була написана мною у моєму власному викладенні, за виключенням цитат з опублікованих та неопублікованих джерел, які чітко ідентифіковані в роботах і визнані як такі.

Я усвідомлюю, що використання матеріалів з інших робіт чи парафраз таких матеріалів (без вказання авторства будуть розтлумачені як плагіат. джерело кожного рисунку, схеми чи іншої ілюстрації відповідно ідентифікується, а також джерела матеріалів, опублікованих чи неопублікованих, які не є результатом моїх власних досліджень, експериментів чи спостережень.