

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ГОРЛІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ІНОЗЕМНИХ МОВ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ДОНБАСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**



«Рекомендована до захисту»  
Протокол № 4/17 від 17.11.2023 р.  
завідувач кафедри  
Борозенцева Т.В.

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ  
ЯК НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ**

**МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**  
зі спеціальності 014.03 Середня освіта (Історія),  
додаткова спеціальність: 053 Психологія  
Освітня програма: Середня освіта (Історія). Психологія

**Виконавець:**  
здобувач 602-а групи  
факультету соціальної  
та мовної комунікації  
Мішунін Михайло Андрійович

**Науковий керівник:**  
к. психол. н., доцент  
Борозенцева Тетяна Валеріївна

Дніпро – 2023

## АНОТАЦІЯ

У роботі представлено аналіз проблеми дослідження особливостей суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій. Визначено деструктивні тенденції, які впливають на психологічний стан людини, що обумовлюють розвиток суїцидальної поведінки особистості. Доведено необхідність розробки корекційно-профілактичної програми, задля запобігання розвитку суїцидальних проявів у особистостей, які пережили або переживають психотравмуючі події.

Розроблено тренінгову програму на підвищення самооцінки суїцидентів та формування у них почуття власної гідності.

## ABSTRACT

The paper presents an analysis of the problem of researching the peculiarities of suicidal manifestations as consequences of psychotraumatic events. Destructive tendencies that affect the psychological state of a person, which determine the development of suicidal behavior of an individual, are determined. The need to develop a corrective and preventive program to prevent the development of suicidal manifestations in individuals who have experienced or are experiencing psychotraumatic events has been proved.

A training program has been developed to increase the self-esteem of suicide victims and build their sense of self-worth.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ЯК НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ .....	7
1.1 Поняття та основні теорії суїцидальної поведінки .....	7
1.2 Характеристика та дослідження психотравмуючих подій .....	12
1.3 Види суїцидальної поведінки .....	20
1.4 Соціально-психологічні характеристики підлітків, схильних до суїциду.....	27
Висновки до 1 розділу .....	32
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ЯК НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ .....	34
2.1 Методи та організація дослідження .....	34
2.2 Аналіз результатів дослідження .....	40
Висновки до 2 розділу .....	49
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ЯК НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ .....	51
3.1 Психотерапія суїцидента через піднесення цінності його особистості.....	51
3.2 Тренінг «Твоє життя має значення» .....	61
Висновки до 3 розділу .....	69
ВИСНОВКИ .....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	76
ДОДАТКИ .....	85

## ВСТУП

**Актуальність теми** полягає в тому, що етичні кризи на фоні глибоких змін, що відбуваються в суспільстві, призводять до дезадаптації особистості, наростання деструктивних тенденцій у її розвитку. Рівень самогубств як наслідок соціальної неблагополуччя є одним із найважливіших показників соціально-економічного та політичного стану суспільства. Духовна криза суспільства, поширення настроїв розчарування, нігілізму, зневіри у своє майбутнє сприяють втраті сенсу життя, вибору суїцидальної моделі поведінки.

У суспільстві проблема суїциду серед підлітків та молоді виступає однією з нагальних. Підлітковий вік представляє для самих дітей глобальну проблему, з якою не кожний може справитися і як результат - підліткам легше і простіше покінчити життя суїцидом, ніж вирішувати проблему яким-небудь іншим способом.

Суїцид – одна з найгостріших проблем сучасного суспільства. Вона посідає провідне місце серед причин смертності підлітків і зберігає тенденцію до зростання в ряді країн світу.

Вивчення різних аспектів причин підліткового суїциду є надзвичайно актуальною психологічною проблемою, оскільки суїцид в останні роки висувається як одна з першочергових причин зростання смертності населення всього світу. У підлітковому віці рівень суїцидальних спроб найвищий порівняно з іншими групами населення. Це пов'язано з тим, що більшість подій, що відбуваються в його житті, підліток сприймає дуже травматично.

Суїцидальна поведінка є досить складним і багатогранним явищем. Проблему самогубств розглядають філософи, досліджують соціологи, педагоги, психологи, юристи та лікарі.

Сучасна дійсність є невичерпним джерелом психотравмуючих ситуацій, під якими розуміють такі екстремальні критичні події, загрозливі ситуації, які мають потужний і негативний вплив на особистість і вимагають надзвичайних зусиль для подолання наслідків цього впливу. Вони можуть мати форму

незвичайних обставин або подій, які наражають особу на екстремальний, інтенсивний, надзвичайний вплив загрози життю чи здоров'ю як її самої, так і її близьких, і принципово порушують почуття безпеки.

Складність вивчення травматичних ситуацій полягає в тому, що їх кількість і джерела багатовимірні. Тому вони визначаються як ситуації, що загрожують життю людини або можуть призвести до серйозних фізичних ушкоджень чи травм; взаємопов'язані зі сприйняттям фізичного насильства над іншими людьми; пов'язані з впливом або інформацією про вплив шкідливих факторів навколишнього середовища.

Усе вищезазначене свідчить про актуальність проблеми, яка полягає у вивченні суїциду, його причин та шляхів запобігання.

**Мета дослідження** – дослідити та охарактеризувати особливості профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Відповідно до поставленої мети, необхідно вирішити ряд **завдань**:

- розглянути поняття та основні теорії суїцидальної поведінки;
- визначити характеристику та дослідження психотравмуючих подій;
- охарактеризувати види суїцидальної поведінки на прикладі підлітків;
- проаналізувати соціально-психологічні характеристики підлітків схильних до суїциду;
- проаналізувати можливості психотерапії суїцидента через піднесення цінності його особистості;
- розробити тренінг «Твоє життя має значення».

**Об'єкт дослідження** – суїцидальні прояви в суспільстві.

**Предмет дослідження** – особливості суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

**Методи дослідження.** При написанні роботи були використані такі **теоретичні методи досліджень**: теоретичні узагальнення і формування висновків, аналіз сучасного стану досліджуваного питання, наочне зображення теоретичних та практичних основ дослідження, логічного узагальнення.

**Емпіричні і методи дослідження:**

- Шкала депресії (Т. Балашова)
- Тест для визначення депресії Марії Ковач;
- Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська);
- Опитування щодо оцінки ризику суїциду.

**Наукова новизна дослідження.** В умовах війни та політичної нестабільності особистості частіше можуть відчувати депресивні стани та думки щодо суїцидальних проявів, тому дослідження актуальне у нових реаліях українців.

**Практичне значення одержаних результатів.** Результати дослідження можуть бути використанні у роботі з підлітками схильних до суїцидальних проявів, також при дослідженні даної тематики на молодших курсах навчальних закладів.

**Апробація результатів дослідження:**

- 1) Участь у Міжнародній науково-практичній конференції «Література, психологія, педагогіка у ракурсах взаємодії» : доповідь на секційному засіданні на тему «Особливості профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій»
- 2) Мішунін М.А. Особливості профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій. Вісник студентського наукового товариства Горлівського інституту іноземних мов ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет». 2023. № 11. С. 142–144

**Структура та обсяг дипломної роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 89 сторінок комп'ютерного тексту. Список використаних джерел складається зі 100 найменувань.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ЯК НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

### 1.1 Поняття та основні теорії суїцидальної поведінки

Існування людини в суспільстві охоплює різноманітність відносин, що передбачає сукупність її поведінкових реакцій. Одна з них – самогубство.

Суїцид (самогубство) – тема, яка була актуальною в усі часи, але ставлення до неї впродовж століть було різним і багато в чому залежало від релігій та морально-етичних норм і традицій. Найдавніші самогубства ритуальні: це харакірі та саті (самоспалення індійських вдів). Ритуальні самогубства, як правило, були почесними, заохочувалися суспільством, а уникати їх вважалося великою ганьбою. З приходом християнства ставлення до суїциду стає різко негативним. У середні віки самогубців не ховали на цвинтарях, над їхніми трупами знущалися. Справа в тому, що з прийняттям християнства ті люди, які прийняли віру, хотіли швидше увійти в Царство Боже, і щоб уникнути страшною кількості самогубств, церква оголосила самогубство гріхом. У християнстві вважається, що якщо Бог дав життя, то не можна кидати цей дар йому під ноги, треба прожити життя до кінця. Останнім часом священики почали більш терпляче ставитися до самогубців, враховуючи причини, які спонукали людину до такого вчинку [75, с. 21].

Слово «суїцид» означає «умисне позбавлення життя». У науковій літературі дослідники також говорять про те, що самогубство є навмисним актом. Таким чином, ситуації, коли смерть настала з вини особи, яка не може усвідомлювати свої дії або керувати ними, а також внаслідок необережності суб'єкта, кваліфікуються не як самогубства, а як нещасні випадки. На чому ґрунтується існування такого явища, як суїцид?

Блінова О.Є. та ряд інших дослідників висунули концепцію, згідно з якою суїцид є феноменом соціально-психологічної дезадаптації особистості, тобто ключовими поняттями для цього явища є соціально-психологічна адаптація та дезадаптація [13, с. 28].

Під адаптацією в загальному розуміють адаптацію - відповідність між живою системою зовнішнім умовам, причому адаптація є одночасно процесом і його результатом. Тоді поняття дезадаптації відображає різну ступінь і якість несумісності організму і середовища. Повна конформність сприяє розвитку, повна невідповідність несумісна з життєдіяльністю. До систем, що займають проміжне положення між цими двома полюсами, ми однаково застосовуємо терміни адаптація і дезадаптація; перша з них відображає позитивні адаптаційно-компенсаторні компоненти, а друга характеризує систему з точки зору її неадекватності або неорганізованості.

На рівні особистості акцент у процесі адаптації переноситься на соціальні взаємодії, опосередковані психічною діяльністю та її вищою формою – свідомістю. Об'єктивним критерієм успішності соціально-психологічної адаптації людини є її поведінка в звичайних і екстремальних ситуаціях [2, с. 25].

Автори виділяють лімітуючу та перетворюючу адаптацію. В умовах екстремальної ситуації різні особистості по-різному перебудовують свою адаптивну тактику. Найстійкіші з них завдяки пластичності і резервам зберігають колишній загальний рівень адаптації. Інша частина характеризується тимчасовим зниженням цього рівня, але без порушення основних напрямів адаптації. У цьому випадку дезадаптація носить лише кількісний характер, вона обмежена і не виходить за межі якісної визначеності процесу адаптації, тобто дезадаптація не призвела до захворювання, що не породило патологічних форм адаптації [3, с. 125].

У тих випадках, коли екстремальні навантаження припадають на землю, змінюється конституціонально (як у випадку з психопатіями і деякими невротами). Тоді ймовірність поломки значно зростає. У таких випадках соціально-психологічна дезадаптація тягне за собою якісну трансформацію



адаптаційного процесу, появу патологічних форм адаптації. Цей варіант характерний для прикордонних розладів, при яких найбільш схильні до порушення ціннісно-комунікативна діяльність із загальним зниженням інтенсивності і пластичності процесу адаптації. Психічні розлади являють собою глобальну дезадаптацію з переходом на якісно новий рівень патологічного реагування [7, с. 65].

Враховуючи соціально-психологічну дезадаптацію в динаміці, що веде до суїциду, виділяють дві фази: предпосильну і суїцидальну.

Предпосильна фаза дезадаптації не служила прямою детермінантою суїцидальної поведінки. Конфлікт має вирішальне значення для переходу її в суїцидальну поведінку. Конфлікт, який переживає людина, формується з двох або більше різноспрямованих тенденцій, одна з яких є основною, актуальною потребою людини в даний момент, а інша - тенденцією, що перешкоджає її задоволенню. При цьому конфлікт може бути зовнішнім і внутрішнім.

Інтенсивність і сила конфлікту залежать від владних відносин, які формують його тенденції: чим більше виражена різниця у владі, тим легше допускається конфлікт; найскладнішим вважається конфлікт однаково сильних тенденцій, який набуває рис екстремальності [8, с. 106].

Вирішення конфлікту залежить від значущості сфери, в якій він виникає, і від системи резервних механізмів адаптації. У разі їх слабкості, тобто в умовах дезадаптації схильності, і неможливості реально змінити конфліктну ситуацію, єдиною реакцією, що замінює всі інші види, є суїцид як спосіб самоусунення від будь-якої діяльності [15, с. 28].

Отже, з усього сказаного можна зробити висновок, що суїцид є «наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту».

Тепер необхідно висвітлити сам механізм формування суїцидальної спрямованості особистості.

Власне, суїцидальна поведінка — це «будь-які внутрішні і зовнішні форми психічних дій, керованих уявленнями про позбавлення життя».

Внутрішня суїцидальна поведінка включає суїцидальні думки, ідеї, переживання, а також суїцидальні тенденції, серед яких можна виділити думки та наміри. Практично доцільно використовувати три ступені з цієї шкали [16, с. 57]:

Для пасивних суїцидальних думок характерні уявлення, фантазії про свою смерть, але не про позбавлення життя як мимовільний акт («добре б померти», «заснути і не прокинутися» тощо).

Суїцидальні думки є активною формою прояву суїцидальності, тобто схильності до самогубства, глибина якої зростає в міру розробки плану її здійснення. Спосіб, час і місце самогубства встановлюються [19, с. 53].

Суїцидальні наміри передбачають додавання до ідеї рішення вольового компоненту, що спонукає до прямого переходу до зовнішньої поведінки.

Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації традиційно називають пресуїцидним. Його тривалість може обчислюватися хвилинами (гострий пресуїцид) або місяцями (хронічний пресуїцид). У випадках тривалого пресуїциду процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить описані вище стадії. Однак ця послідовність не завжди така. При гострому пресуїциді поява суїцидальних думок і намірів може спостерігатися відразу.

До зовнішніх форм суїцидальної поведінки відносяться суїцидальні спроби і завершені самогубства.

Спроба самогубства - це цілеспрямована дія шляхом позбавлення життя людини, яка не закінчилася смертю. У своєму розвитку вона проходить дві фази, оборотну і незворотну [20, с. 33].

На підставі суїцидальної спроби та її фаз можна в кожному конкретному випадку вирішити, чи був перехід від суїцидальних нахилів до суїцидальної спроби.

Відповідно до всього вищевикладеного суїцид можна розглядати як дію, підпорядковану певній меті покінчити з собою, але включену в більш широкую систему предметної діяльності з відповідним мотивом.

Суїцидальна поведінка є більш широким поняттям і, крім суїциду, включає суїцидальні спроби, спроби та прояви [22, с. 70].

Тому до замахів відносяться всі суїцидальні дії, які не закінчилися летально з причини, що не залежить від суїцидента (обрив мотузки, своєчасні реанімаційні заходи тощо). Суїцидальними спробами вважаються демонстративно-настановчі дії, при яких суїцидент найчастіше знає про безпеку застосовуваного ним акту при спробі вчинення. До суїцидальних проявів належать думки, висловлювання, натяки, які, однак, не супроводжуються будь-якими діями, спрямованими на позбавлення життя.

Таким чином, самогубство (суїцид) — умисне самоушкодження зі смертельним наслідком. Не всі дії людини, що призвели до його смерті, вважаються самогубством. Аналіз мотивації дій особистості дає змогу встановити різницю між власне суїцидом і аутоагресивними формами поведінки. Замах на життя кваліфікується як самогубство, якщо вона усвідомлювала значення своїх дій і керувала ними. У всіх інших випадках вчинення особою дій, що завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, під впливом психопатологічних розладів (маячні ідеї, галюцинації тощо), у стані психозу слід кваліфікувати як аутоагресивну поведінку, аварія. Аутоагресивна поведінка — це специфічна форма діяльності особистості, спрямована на заподіяння шкоди своєму соматичному чи психічному здоров'ю. Враховуючи специфіку дій особи, спрямованих на заподіяння шкоди її здоров'ю, виділяють наступні види аутоагресивної поведінки: суїцидальна поведінка: свідомі дії, метою яких є позбавлення життя; суїцидальні еквіваленти: неусвідомлені дії та навмисні дії, що призводять до фізичного (психічного) самознищення або самознищення, хоча й не розраховані на це; несуйцидальна аутоагресивна поведінка: різні форми навмисного самоушкодження (самоотруєння), метою якого не є добровільна смерть або здійснення якого не загрожує життю. Суїцидальна поведінка є більш широким поняттям, ніж самогубство, включає будь-які внутрішні і зовнішні форми психічних дій, які керуються уявленнями про самогубство.

## 1.2 Характеристика та дослідження психотравмуючих подій

На сучасному етапі розвитку психологічної думки в Україні гостро актуалізувалося питання про специфіку та наслідки впливу на людину травматичних подій, як реакції на суспільно-політичні події в країні та світі. Спираючись на накопичений теоретичний та емпіричний матеріал минулого століття, слід враховувати зміну не тільки в соціально-політичному ключі, а й на ментальному рівні для розширення існуючих знань і доповнення їх новими.

Посилаючись на визначення Зливков В.Л., травматична подія - це екстремальна кризова ситуація, що характеризується сильними негативними наслідками, ситуаціями, що становлять загрозу для життя самого себе або значущих близьких. Травматична подія може призвести до формування травматичного досвіду. Останній, у свою чергу, повністю впливає на життя людини [27]. Так, на думку Зливков В.Л., травматичний досвід зовнішнього та внутрішнього характеру негативно впливає на базові переконання людини щодо власного «Я», навколишнього світу та майбутнього, формуючи дисфункціональні емоційно насичені схеми [27, с. 13].

Дослідження питань, пов'язаних із психологічною травмою та її наслідками, стає актуальним на межі XIX–XX ст. Водночас зростання інтересу до цієї проблеми пов'язане із значними суспільно-політичними подіями у світі. Враховуючи те, що дослідження формування та впливу психологічної травми на людину проводилося на стику кількох наук – психології, психіатрії, медицини, – виділення суто психологічного напрямку в аналізі цієї проблеми є дещо ускладненим. .

В історичному контексті розгляду розвитку поглядів на причини виникнення та наслідки травми для людини, на основі аналізу наукової літератури з теми, можна виділити кілька етапів у вирішенні питань, пов'язаних з даною проблемою [30].

Отже, першим етапом у розвитку поглядів на травму можна вважати вивчення особливостей виникнення та перебігу істерії у жінок. Даним питанням

займалися зарубіжні дослідники, тому зупинимося на деяких поглядах щодо дії травматичних подій та їх впливу на формування симптомів істерії.

З кінця 19 століття вивченням істерії займався Дж.-М. Шарко, його розробки продовжили З. Фрейд, П. Жане, В. Джеймс, З. Брейер. Зокрема, J-М. Шарко зазначав, що симптоми істерії, які нагадують неврологічні пошкодження (моторний параліч, втрата чутливості, судоми і амнезія), мають психологічне походження, оскільки їх можна викликати штучно і зняти за допомогою гіпнозу. При цьому, на відміну від своїх послідовників, Дж.-М. Шарко звертав увагу лише на симптоматичні прояви істерії, ігноруючи внутрішні детермінанти істеричних проявів [90, с. 101].

У 1890-х роках незалежно один від одного П. Жане і З. Фрейд зі своїм колегою З. Брейером прийшли до висновку, що істерія є не що інше, як стан, викликаний психологічною травмою. Встановлено, що сильні емоційні реакції на травматичні події в житті жінки можуть призводити до зміненого стану свідомості, що провокує появу істеричних симптомів. При цьому зміни свідомості отримали своє визначення в кожній із робіт: П. Жане назвав їх «дисоціацією», З. Фрейд і З. Брейер – «розщепленням». Встановивши, що істеричні симптоми можна полегшити за допомогою словесного вираження пригнічених травматичних переживань і почуттів, дослідники започаткували метод, який став основою сучасної психотерапії. У науковій думці П. Жане цей прийом отримав назву «психологічний аналіз», З. Фрейд і З. Брейер — «реакція» або «катарсис». Також З. Фрейд постулював, що в основі випадків жіночої істерії лежить епізод передчасного сексуального досвіду в ранньому дитинстві. Слід зазначити, що хвиля досліджень останнього феномену (раннього сексуального досвіду) з новою силою підніметься у 80-х роках 20 століття, спровокована появою феміністичного руху [95, с. 719].

Таким чином, пошуки причини виникнення симптомокомплексу істерії викликали інтерес широкого кола фахівців не тільки до питань, пов'язаних з подоланням її зовнішніх проявів, а й до вирішення внутрішніх причин.

Другий етап пов'язаний з російсько-японською війною (1904 – 1905), Першою (1914 – 1918) і Другою (1939 – 1945) світовими війнами. У світлі суспільно-політичних подій того часу увага психологів і психіатрів була переключена на проблеми, пов'язані з травматизацією війни. Хвиля досліджень, пов'язаних із травматичними подіями та психологічною травмою, виникла внаслідок збільшення кількості «психіатричних втрат» серед колишніх військовослужбовців. Зупинимось на розборі деяких понять по темі [96, с. 182].

У працях Е. Крепеліна приділяється увага вивченню особливостей осіб, які стали жертвами нещасних випадків (пожежі, аварії, зіткнення на залізниці). Ввівши термін «невроз страху», він пояснив його як окремий клінічний стан, що включає численні неврологічні та фізичні феномени, що виникають внаслідок емоційних потрясінь і переростають у тривогу. Що стосується вивчення неврозів війни, то він вперше продемонстрував, що важкі психічні травми можуть залишити хронічний розлад, який з часом погіршується [100, с. 75].

Одним із перших зарубіжних дослідників, які почали займатися воєнним травматизмом після Першої світової війни, був К. Майерс. Групу симптомів, що з'явилися внаслідок розривів снарядів, він узагальнив під назвою «контузія», яку вважав нервовим розладом. Основною психіатричної категорією цього часу став «контулярний шок», введений К. Майерсом. Поступово з'ясувалося, що мова йде не лише про прояв симптомів у військовослужбовців, які отримали фізичну травму, а й у тих, хто не зазнав такого впливу. Тому встановлено, що симптоми також викликані психологічною травмою, як реакція на віддалені наслідки емоційного стресу [98, с. 11].

Так, Федоренко Р.П., спираючись на власний практичний досвід, описує основні психологічні прояви як наслідки участі у військових діях. Наголошує на важливості як психологічної підготовки військовослужбовців, так і їх реабілітації. Характеризуючи структуру страху у військовослужбовців, учасників бойових дій, Федоренко Р.П. відзначав такі характерні реакції: труднощі контролю ситуації, нездатність відтворити в пам'яті окремі епізоди бойових дій і нав'язливі сни про бойові епізоди, підвищену дратівливість,

ослаблення вольової регуляції; місяців після виходу з бою – зламність [86, с. 90].

У воєнний період і в перші роки після Першої світової війни психічні явища, що спостерігалися у солдатів, розглядалися через призму травматичного неврозу. Зокрема, З. Фрейд постулював, що поняття «травматичний невроз» найбільш точно відповідає відстроченим психічним феноменам, які спостерігаються у ветеранів війни. Звертаючи увагу на те, що психоаналітики ще не досягли повного розуміння як воєнних неврозів, так і травматичних неврозів мирного часу, З. Фрейд розвинув думку про те, що причиною формування воєнних неврозів може бути не тільки раніше отримана фізична травма, а й наслідок несподіванки, страху. Він розглядав невроз війни як стан его-конфлікту, який виникає між мирним «Я» солдата і його військовим «Я». Порівнюючи травматичні неврози мирного та воєнного часу, З. Фрейд зазначав, що у разі поєднання психічної та фізичної травми ймовірність появи невротичного компонента зменшується [91, с. 663].

Ідеї З. Фрейда були продовжені в роботах інших дослідників, які зосереджувалися на вивченні дії травматичних подій та їх наслідків. Зокрема, постульовані ним дві форми реакції на психотравматичну подію - фіксація на травмі і витіснення - знайшли підтримку в концепції відстрочених реакцій на травматичний стрес.

Наприклад, М.І. Аствацатуров виділив 3 форми травматичного неврозу: неврастенічні стани з травматичним ураженням центральної нервової системи, істеротравматичні захворювання і неврози емоціогенного характеру. Остання форма є емоційним неврозом і відноситься до тих розладів, які мають відстрочений прояв у часі і супроводжуються проявом широкого спектру психологічних симптомів [92, с. 58].

Загалом період з кінця XIX до середини 30-х років XX століття характеризується домінуванням ідеї все більшої «психологізації» війни. Розуміння можливостей психологічної науки дало можливість використовувати знання у підготовці, супроводі та реабілітації учасників бойових дій. При цьому

акцентувалась увага саме на причинах і наслідках дії стресогенних факторів військовослужбовців, оминаючи тих, хто був залучений до війни в якості «спостерігачів» [93, с. 98].

З початком Другої світової війни почався новий етап у розвитку наслідків травми в психологічній науці. А. Кардінер в одному з перших систематичних досліджень наслідків військової травми дійшов висновку, що хронічний військовий невроз викликається стресом і включає як вегетативні, так і психологічні симптоми. Психологічні проблеми, які виникають у ветеранів, викликані зниженням внутрішніх ресурсів організму, слабкістю его. Водночас однією з характерних ознак перебігу цього стану є часткова втрата пам'яті, відновлення якої А. Кардінер розглядав як показник відновлення подвійного Его [97, с. 927].

Вітчизняні дослідники воєнного та повоєнного періоду зосереджувалися на поясненні дії таких провокуючих факторів:

- підвищення рівня чутливості до психотравмуючих чинників внаслідок постійного впливу на особистість умов воєнного стану;
- емоційне виснаження, як наслідок стійкої дії психотравмуючої ситуації;
- вплив психотравмуючих факторів не тільки на психіку особистості, а й на весь організм в цілому;
- вплив війни на людину неоднорідний, є результатом взаємодії багатьох факторів.

Так, термін «травматичний невроз», широко поширений у воєнний і післявоєнний час, використовувався психологами і психіатрами аж до кінця Другої світової війни, однак був виключений з офіційних класифікацій. З'явилася тенденція виділяти специфічні синдроми, які виникали у постраждалих від різних катастроф. Загалом у зарубіжній психологічній науці симптоми, виділені А. Кардінером, збереглися, хоча механізм і фактори впливу бойових дій на людину були поглиблені та уточнені в дослідженнях, пов'язаних з війною у В'єтнамі.



Третій етап пов'язаний з війною у В'єтнамі (1957 - 1975 рр.) і Афганістані (1979 - 1989 рр.), який базувався на концепції відстрочених реакцій на травмуючі події в підході до діагностики та корекції психологічних наслідків [99, с. 311].

У концепції синдромів стрес-реакції М. Горовіц під фактором стресу розумів стресову подію, що спричинила психічну травму. Його модель реакції на стресову подію є поєднанням поглядів З. Фрейда (про роль витіснення та фіксації на травмі) та уявлень про взаємодоповнюючі тенденції когнітивних процесів. На думку останнього, «мозок продовжуватиме процес обробки нової інформації до тих пір, поки ситуація або модель не зміниться і поки реальність і модель не будуть відповідати одна одній» [94, с. 249]. Водночас довгострокові реакції-відповіді на стресову подію зумовлені значущістю для особистості інформації, пов'язаної з цією подією.

Ідеї М. Горовіца були продовжені в працях Б. Гріна, Дж. Вільсона, Дж. Лінда. Відповідно до запропонованої дослідниками інтеракціоністської моделі здатність індивіда долати психотравмуючий вплив факторів стресу залежить не тільки від успішної переробки травматичного досвіду, а й від взаємодії таких факторів, як: природа психотравмування; - травматичні події, індивідуальні особливості ветерана та умови, в яких він опинився після повернення з війни [94, с. 249].

У 1980 році Американська психіатрична асоціація в DSM-III віднесла синдром психологічної травми до категорії психічних розладів під назвою «посттравматичний стресовий розлад». Клінічні ознаки цього захворювання збігалися з описом травматичного неврозу, запропонованим А. Кардінером.

В. Є. Попов досліджував питання психологічної реабілітації військовослужбовців. При цьому реабілітацію він розумів як відновлення здатності дисгармонійної особистості до нормальної діяльності. С. В. Захаріков досліджував особливості формування психологічної стійкості в бойових умовах. П. В. Каменченко займався вивченням особливих властивостей особистості, що призводять до підвищеної чутливості до психотравмуючих подій [78].

Протягом більшої частини 20 століття вплив травматичних подій на учасників бойових дій в основному вивчався. Водночас увага до вивчення цивільного населення почала приділятися лише в 1970-х роках, що пов'язано з розвитком жіночого визвольного руху. Таким чином, четвертий етап – найближчий до сучасності – пов'язаний з наслідками сексуального насильства та насильства в сім'ї.

Одними з перших цією темою зацікавилися А. Берджесс і Р. Холмстром, у центрі уваги яких було вивчення «синдрому травми згвалтування». Водночас у ході дослідження прояву впливу травмуючої події на особистість були виявлені реакції, характерні для постраждалих від військових дій. Крім того, Д. Кілпатрік, Л. Веронен, К. Бест, дослідники, які вивчали згвалтування паралельно з дослідженням, спрямованим на вивчення посттравматичних стресових розладів у військових, дійшли висновку, що картина симптомів подібна [76, с. 10].

Вітчизняні науковці досліджували травматичні події, пов'язані з насильницькими діями, на міждисциплінарному рівні і, здебільшого, зводилися до віктимології. Тобто до питання про те, як поведінка та психологічні особливості потерпілого вплинули на розвиток і вирішення кримінальної ситуації.

Необхідно враховувати той факт, що досі точаться дискусії про те, чи може факт травматизації бути достовірним і реальним або все ж є ймовірність, що це здебільшого вигадка [62].

Отже, тому вивчення та розкриття проблем, пов'язаних із травматичною подією, має міждисциплінарне значення. Підвищена увага до теми травматизації в психологічній науці пов'язана зі значущими подіями на соціально-політичному рівні. Визначено, що як психологічна, так і психічна травма в ряді творів є реакцією на значущі події, відмінні від повсякденного досвіду, тому можна розглядати ці терміни як синоніми. Встановлено, що травматична подія порушує життя людини на різних рівнях, залежно від її інтенсивності. Сучасний етап вивчення психологічної травми у внутрішньо

переміщених осіб, учасників бойових дій на сході України знаходиться на початковому етапі. Вважаємо за доцільне, враховуючи недостатню розробленість вищезазначеної теми, подальші дослідження зосередити на виявленні та аналізі впливу психотравмуючих подій на спосіб життя сучасного українця в складних соціально-політичних умовах.

### 1.3 Види суїцидальної поведінки на прикладі підлітків

Незважаючи на різноманітність форм прояву та способів реалізації суїцидальної поведінки, можна виділити те, що об'єднує всіх суїцидентів. Є. Шнейдман описує їх загальні риси [63, с. 90].

Загальна мета всіх самогубців — знайти вихід.

Самогубство не є випадковим вчинком. Це ніколи не робиться безглуздо чи безцільно. Він служить виходом із ускладнень, кризи чи нестерпної ситуації. Суїцид характеризується безпомилковою логікою та доцільністю, вважається єдино доступною відповіддю на питання: як вийти, що робити? Мета кожного самогубства полягає в тому, щоб знайти рішення проблеми, яка стоїть перед людиною і викликає сильні страждання. Щоб зрозуміти причину суїциду, потрібно з'ясувати, які проблеми доводилося вирішувати людині.

Загальна мета всіх самогубців — позбутися свідомості.

Парадоксальним чином самогубство є одночасним рухом до чогось і від чогось. Основне практичне завдання суїциду - це те, до чого є рух, повне припинення потоку своєї свідомості, нестерпний біль як вирішення болісних і актуальних життєвих проблем. Людина, яка впала у відчай, думає про можливість припинення свідомості як відповідь або вихід із ситуації, якщо у неї є психічне збудження, підвищений рівень тривожності та високий летальний потенціал, які є трьома необхідними складовими суїциду. Після цього виникає ініціююча іскра і починає діяти сценарій активного суїциду.

Поширеним подразником під час самогубства є нестерпний душевний біль.

Якщо припинення свідомості - це те, до чого рухається суїцидальна людина, то емоційний біль - це те, від чого він прагне втекти. Тому суїцид найлегше розуміти як поєднання руху в напрямку припинення потоку свідомості та порятунку від душевного болю та нестерпних страждань [54, с. 29].

Поширеним стресовим фактором під час самогубства є фрустрація психологічних потреб.

Суїцид слід розуміти не як безглуздий і необґрунтований вчинок, а як реакцію на фрустровані психологічні потреби людини. Перш за все, суїцид здійснюється через незадоволені або незадоволені потреби. Задовольни розчаровані потреби - і самогубство не відбудеться.

Поширеною суїцидальною емоцією є безпорадність — безвихідь.

У суїцидальному стані виникає відчуття безпорадності — безнадії: «Я нічого не можу зробити (крім як покінчити життя самогубством), і ніхто не може мені допомогти (полегшити біль, який я відчуваю)». Ця генералізована емоція проявляється в розгубленості та тривозі. Як показує клінічний досвід, впливати на людину, яка перебуває в стані розгубленості з вираженими летальними нахилами, за допомогою повчань, роз'яснювальних бесід, осуду, тиску тощо недоцільно і марно. Найбільш ефективним способом зниження інтенсивності суїцидальних намірів є непряма дія шляхом зниження емоційної напруги. Тому метою втручання є зменшення тиску, який чинять на людину реальні життєві обставини та викликають у неї емоційну напругу [49, с. 77].

Загальне внутрішнє ставлення до суїциду – амбівалентне.

Типовим для самогубства є стан, коли людина одночасно намагається перерізати собі горло і благає про допомогу. Водночас обидва прагнення щирі, нелицемірні. Амбівалентність найбільш характерна для ставлення до суїциду. Людина водночас відчуває потребу це зробити і бажає (і навіть планує) порятунку та втручання інших. Психолог повинен використовувати таку амбівалентність, щоб врятувати клієнта.

Загальний стан психіки — це звуження пізнавальної сфери.

Вважати самогубство проявом психозу, неврозу або психопатії було б не зовсім правильно. Точніше його можна охарактеризувати як швидкоплинне афективно-інтелектуальне звуження свідомості з обмеженням у використанні можливостей. Синонімом звуження є «тунелювання», тобто різке обмеження доступних свідомості певного індивіда варіантів вибору поведінки, коли він не

перебуває в стані паніки, що може привести його до дихотомічного мислення: або якийсь особливий вирішення всієї ситуації в цілому, або припинення потоку свідомості. Важливо протидіяти звуженню думок суїцидальної людини, намагаючись відкрити розумові штори, збільшуючи кількість варіантів [58, с. 90].

Агресія (втеча) є типовою дією під час суїциду.

Втеча — це намір людини віддалитися від зони лиха. Варіанти втечі – це, наприклад, покинути дім чи родину, звільнитися з роботи, дезертирувати з армії. Самогубство в цих випадках означає остаточну, остаточну втечу. Потрібно розрізняти нешкідливе бажання піти і потребу покінчити з усім, піти назавжди. Сенса самогубства полягає в радикальній і остаточній зміні обстановки. Дія, яка призводить до цього, - «вилучення».

Звичайним комунікативним актом під час суїциду є повідомлення про свій намір.

Люди, які мають намір покінчити життя самогубством, внаслідок свого неоднозначного ставлення до нього свідомо чи несвідомо подають сигнали лиха, скаржаться на безпорадність, шукають шляхів порятунку. Загальною комунікативною дією під час суїциду є не ворожнеча, злість, руйнування і навіть не відхід від інших людей у себе, а повідомлення про свої суїцидальні наміри. Усі вчені, які нині працюють у галузі суїцидальності, знають про характерні як вербальні, так і невербальні ознаки такого повідомлення. Їх розпізнавання є неодмінною умовою попередження суїцидів [61, с. 63].

Загальна закономірність суїциду — це відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки протягом життя.

Суїцидальну поведінку можна знайти в стилі та характері поведінки людини протягом усього її життя. Необхідно повернутися до попередніх моментів переживання емоційних потрясінь, оцінити здатність людини переносити душевний біль, спробувати знайти парадигми втечі, які вже використовувалися.

У літературі підлітковий вік представлений як найбільш проблемний і дискусійний. Головне протиріччя полягає в прагненні підлітка бути «як дорослий», мати повну свободу і незалежність, але батьки, як і раніше, намагаються тримати його під своїм контролем, як у дитинстві. Проблеми підлітка посилюються змінами гормонального фону його організму, тіла та почуттів, які вносять додатковий внесок у непостійну поведінку [64, с. 43].

Суїцидальна поведінка - це різноманітні форми активності людей, викликані бажанням покінчити з собою і слугують засобом вирішення особистісної кризи, що виникла, коли індивід зіткнувся з перешкодою на шляху до задоволення своїх найважливіших потреб. Враховуючи гостроту емоційного стану, криза досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти правильний вихід із ситуації, що склалася, і в підсумку втрачає будь-який сенс життя.

Суїцидальна поведінка підлітків має внутрішні та зовнішні форми прояву. Внутрішні форми [67]:

- антижиттєві ідеї (думки про безцінність життя);
- пасивні суїцидальні думки (ідеї на тему смерті за відсутності чіткого наміру покінчити з життям: «Я б хотів померти» тощо);
- суїцидальні думки (активна форма прояву суїцидальності);
- суїцидальні наміри (з'являються при додаванні до плану вольової складової).

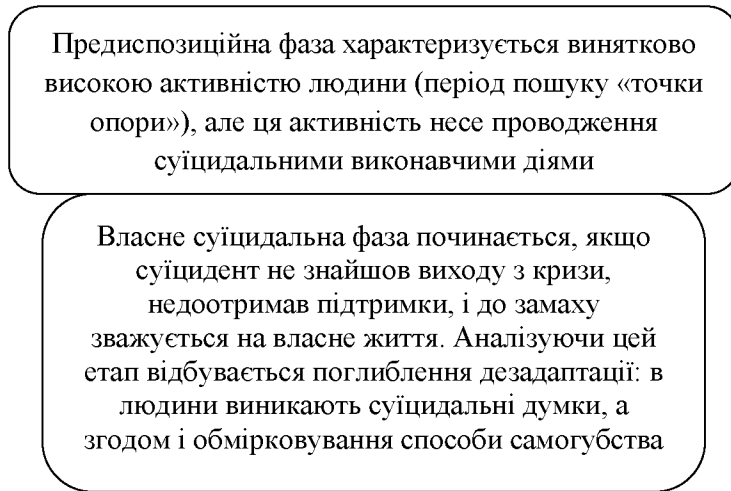
Зовнішні форми [69]:

- суїцидальні заяви;
- суїцидальні спроби (цілеспрямована операція шляхом самогубства, яка не закінчилася смертю);
- завершене самогубство (дії особи, що закінчилися смертю).

Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізувати називають пресуїцидом. Тривалість цього може бути визначена хвилинами (гострий пресуїцид) або місяцями (хронічний пресуїцид). У ряді випадків

тривалого пресуїциду процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки може чітко проходити зазначені вище стадії [70, с. 42].

Пресуїцид включає дві фази, рис. 1.1.



**Рис. 1.1 – Фази пресуїцидної поведінки**

Типи суїцидальної поведінки підлітків можна визначити наступним чином [14, с. 16]:

- соціальні та ситуаційні фактори;
- особистісні фактори;
- конфлікт;
- соціально-психологічна дезадаптація;
- крах ціннісних установок (втрата сенсу життя);
- провокуючі фактори;
- мотиваційна готовність;
- спонукальні зовнішні фактори;
- пресуїцид;
- самогубство.

Суїциди поділяються на три основні групи: справжні, демонстративні та приховані, таблиця 1.1.



Таблиця 1.1

## Три основні групи суїциду

№	Група	Характеристика
1	Істинний суїцид	характеризується бажанням померти, не має спонтанних проявів, хоча іноді буває досить несподіваним. Такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про позбавлення життя. Ще одна особливість справжнього самогубства - це думки і почуття про сенс життя. У більшості випадків така спроба суїциду закінчується смертю.
2	Демонстративний суїцид	не пов'язане з бажанням померти, а є засобом привернення уваги до своєї проблеми. Це може бути спроба свого роду шантажу. У разі смертельного випадку спроба демонстративного суїциду може закінчитися летально.
3	Прихований суїцид (непряме самогубство)	тип суїцидальної поведінки, що відповідає його ознакам, але не спрямований на смерть і носить несвідомий характер. Здебільшого така поведінка спрямована на ризик, «пограти зі смертю». Це може бути ризиковане водіння, екстремальні види спорту тощо.

Проблема суїциду особливо актуальна в підлітковому віці. У віці 11-13 років смерть вважається тимчасовим явищем. Існує розмежування понять життя і смерті, але емоційне ставлення до смерті абстраговане від власної особистості [18, с. 65].

Крім критерію усвідомлення наміру покінчити життя самогубством, для визначення істинності суїцидальної спроби у дорослих аналізуються способи самогубства та особливості поведінки самогубця.

Аналізуючи суїцидально небезпечні конфліктні ситуації, ми переконалися, що для підлітка вони можуть складатися з незначних, на думку дорослих, непорозумінь. Проте деякий максималізм в оцінках, невміння передбачити справжні наслідки своїх дій і передбачити результати ситуації, відсутність життєвого досвіду, характерного для періоду дитинства, створювали

відчуття безнадійності, нерозв'язності конфлікту, породжували до почуття відчаю та самотності. Все це робило навіть незначну конфліктну ситуацію суїцидально небезпечною для дитини, а особливо для підлітка, що іноді недооцінювалося оточуючими дорослими. Усе це зумовлює підвищений суїцидальний ризик у пубертатному періоді, що, зокрема, підтверджено статистично [25, с. 78].

Формування суїцидальної поведінки в дитинстві та підлітковому віці значною мірою залежить від деяких особливостей особи, яка вчиняє суїцид. У всіх досліджуваних осіб виявлено емоційну нестабільність, підвищену сугестивність, чутливість, імпульсивність. Ці особливості, виражені часто до рівня акцентуації характеру, створювали передумови для соціально-психологічної дезадаптації особистості пубертатного періоду [38, с. 17].

Клінічний аналіз матеріалу показав тісний зв'язок між нозологічною приналежністю суїцидально-небезпечних станів і віком суїцидентів. Таким чином, суїцидальна поведінка дітей до 12 років, як правило, служила ознакою і вираженням шизофренічного процесу. У предсуїцидальному періоді у підлітків, як правило, на фоні підліткової акцентуації характеру виявлялися різні варіанти депресивних станів (як ендогенних, так і реактивних) і ситуативних реакцій.

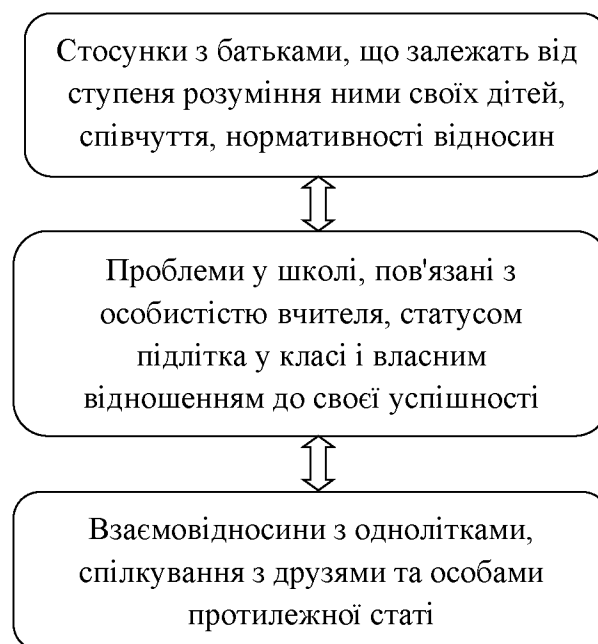
Суїцидальні депресії протікають у підлітків нетипово, маскуючи симптоми сомато-вегетативних розладів, іпохондричних розладів, девіантної поведінки, дисморфофобних симптомів, проявів метафізичної інтоксикації. Нозологічна приналежність депресій корелює з віком; зі збільшенням віку суїцидентів підкреслюється зниження питомої ваги ендогенних депресій і виявляється тенденція до переважання реактивних депресій.

## 1.4 Соціально-психологічні характеристики підлітків схильних до суїциду

Однією з актуальних соціальних проблем сучасного суспільства є зростання кількості випадків суїцидальної поведінки серед підлітків та молоді [39, с. 47].

Дослідники встановили, що акт суїциду, як правило, зумовлений низкою факторів: соціальними, економічними, політичними, філософськими, психологічними, релігійними тощо. Але в цілому рівень самогубств та його динаміка є важливими показниками соціального добробуту, буття того чи іншого соціального середовища, а також показники психічного і духовного здоров'я суспільства.

Сьогодні стан здоров'я підростаючого покоління викликає занепокоєння. Підлітки та молоді люди стали менш впевненими в собі та менше довіряють іншим, частіше впадають у депресію, більш чутливі та менш прив'язані до сім'ї, ніж їхні однолітки кілька десятиліть тому. Аналіз причин підліткових самогубств дозволив згрупувати їх у вигляді трьох основних факторів, рис. 1.2.



**Рис. 1.2 Основні фактори причин підліткових самогубств**

Мотиви суїцидальної поведінки, рис. 1.3.



**Рис. 1.3 Мотиви суїцидальної поведінки**

Специфіка організації соціально-педагогічної роботи з особами, схильними до суїциду, полягає у здійсненні заходів, які сприятимуть зміні соціальної ізоляції особи та зменшенню суїцидальних тенденцій. Основними напрямками роботи в боротьбі з даним видом девіантної поведінки є профілактичні та реабілітаційні заходи [40, с. 26].

Психологічні відхилення можуть бути викликані різними причинами та обставинами, тому концептуально в заходах з профілактики суїцидів виділяють наступні підходи, таблиця 1.2.

**Таблиця 1.2**

**Підходи щодо профілактики суїцидів**

№	Підхід	Характеристика
1	Інформаційний	виходить з того, що одним із головних напрямків роботи має бути інформування людей про шляхи вирішення проблем, виходу з депресії, складних ситуацій
2	Соціально-профілактичний	головною метою є виявлення, усунення та нейтралізація причин та умов, що викликають

		суїцидальні думки та наміри
3	Медико-біологічний	її суть полягає в попередженні можливих відхилень від соціальних норм шляхом цілеспрямованих заходів лікувально-профілактичного характеру по відношенню до осіб, які страждають різними психологічними відхиленнями.
4	Соціально-психологічний	полягає у відновленні або корекції якостей особистості, особливо морально-вольових

У роботі з неповнолітніми, схильними до суїциду, також слід виділяти такі види реабілітації, як: медичну, психологічну, професійну, побутову, соціально-педагогічну, соціально-економічну, соціальну [42, с. 70].

Основними методами реабілітаційної допомоги суїциденту є: проведення індивідуальних бесід; включення клієнтів у тренінгові групи з метою корекції негативних емоційно значущих ситуацій; переорієнтація індивідуальних і групових інтересів; оволодіння соціальними навичками, методами ефективного спілкування, взаємодії з іншими, конструктивної поведінки в конфліктних ситуаціях; рекомендації щодо вивчення спеціальної літератури; залучення спеціалістів – психологів, юристів, соціальних педагогів, медичних працівників, психотерапевтів тощо.

Ефективне впровадження цих заходів можливе за дотримання трьох умов: висока мотивація всіх учасників реабілітації; соціально-психологічна компетентність спеціалістів та керівників реабілітаційного закладу; координація діяльності різних державних служб – освіти, охорони здоров'я, правоохоронних органів тощо [45, с. 20].

Фактори суїцидальної поведінки:

1. Депресивні розлади і деякі види психічних розладів.
2. Залежність від психоактивних речовин, алкоголю, азартних ігор.
3. Суїцидальні думки, емоції, відповідні релігійні переконання.
4. Попередні спроби суїциду.

5. Схильність до екстремальних видів дозвілля.
6. Ізоляція, самотнє життя, втрата підтримки.
7. Безнадійність, когнітивна ригідність.
8. Моделювання, суїцид в сім'ї, спадковість.
9. Економічні проблеми або проблеми на роботі; в певній професії.
10. Проблеми в сім'ї; сімейна патологія.
11. Стрес і стрес-фактори.
12. Злість, агресія, дратівливість.
13. Фізична хвороба.

Основні мотиви підліткової суїцидальної поведінки, рис. 1.4.



**Рис. 1.4 Основні мотиви підліткової суїцидальної поведінки**

Психологи стверджують, що для самогубців зазвичай характерні такі індивідуально-психічні особливості: вразливість, інфантильність, гострота почуттів, схильність до самоаналізу, сором'язливість, боязкість, рефлексивність, підвищена чутливість, відсутність самоконтролю, імпульсивність, відсутність конформності, схильність сумніватися, нестійкість емоційної сфери, невпевненість у собі, залежність від оточення, несформованість системи цінностей, нездатність адекватно переробляти конфлікти в міжособистісній

сфері, вразливість, замкнутість, збудливість, нестійкість настрою, схильність до депресивних розладів, неадекватність самооцінка [51, с. 183].

Всі ці характерологічні особливості при наявності особистісно-травмуючої ситуації полегшують самогубство, формують психічний стан, що спонукає до самогубства. Людина впадає у відчай, тужить, перебуває в стані депресії, тривоги, страху або апатії, безрадісності, депресії.

Формування суїцидальної поведінки в дитинстві та підлітковому віці значною мірою залежить від деяких особливостей особи, яка вчиняє суїцид. Це також емоційна нестійкість, підвищена сугестивність, чутливість, деяка вибуховість, імпульсивність. Ці особливості, виражені часто до рівня акцентуації характеру, створюють передумови для соціально-психологічної дезадаптації людини пубертатного періоду.

Суїцидальні депресії протікають, наприклад, у підлітків нетипово, маскуючи симптоми сомато-вегетативних розладів, іпохондричних розладів, девіантної поведінки. Депресія проявляється по-різному, в залежності від психологічної акцентуації характеру [59, с. 40].

Таким чином, технології психологічно-педагогічної роботи з особами, схильними до суїциду, спрямовані на постановку цієї форми девіантної поведінки під соціальний контроль, що включає наступні заходи: по-перше, заміну, заміну суїцидальної поведінки соціально корисною або нейтральною поведінкою; по-друге, спрямування соціальної активності суїцидента в схвалюване суспільством або нейтральне русло; по-третє, створення державної служби суїцидальної допомоги цій категорії населення.

## Висновки до 1 розділу

Самогубство (суїцид) – умисне самоушкодження зі смертельним наслідком. Не всі дії людини, що призвели до його смерті, вважаються самогубством. Аналіз мотивації дій особистості дає змогу встановити різницю між власне суїцидом і аутоагресивними формами поведінки. Замах на життя кваліфікується як самогубство, якщо вона усвідомлювала значення своїх дій і керувала ними. У всіх інших випадках вчинення особою дій, що завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, під впливом психопатологічних розладів (маячні ідеї, галюцинації тощо), у стані психозу слід кваліфікувати як аутоагресивну поведінку, аварія.

Вивчення та розкриття проблем, пов'язаних із травматичною подією, має міждисциплінарне значення. Підвищена увага до теми травматизації в психологічній науці пов'язана зі значущими подіями на соціально-політичному рівні. Визначено, що як психологічна, так і психічна травма в ряді творів є реакцією на значущі події, відмінні від повсякденного досвіду, тому можна розглядати ці терміни як синоніми. Встановлено, що травматична подія порушує життя людини на різних рівнях, залежно від її інтенсивності. Сучасний етап вивчення психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб, учасників бойових дій на сході України знаходиться на початковому етапі. Вважаємо за доцільне, враховуючи недостатню розробленість вищезазначеної теми, подальші дослідження зосередити на виявленні та аналізі впливу психотравмуючих подій на спосіб життя сучасного українця в складних соціально-політичних умовах.

Проблема суїциду особливо актуальна в підлітковому віці. У віці 11-13 років смерть вважається тимчасовим явищем. Існує розмежування понять життя і смерті, але емоційне ставлення до смерті абстраговане від власної особистості. Крім критерію усвідомлення наміру покінчити життя самогубством, для визначення істинності суїцидальної спроби у дорослих аналізуються способи самогубства та особливості поведінки самогубця. Аналізуючи суїцидально



небезпечні конфліктні ситуації, ми переконалися, що для підлітка вони можуть складатися з незначних, на думку дорослих, непорозумінь. Проте деякий максималізм в оцінках, невміння передбачити справжні наслідки своїх дій і передбачити результати ситуації, відсутність життєвого досвіду, характерного для періоду дитинства, створювали відчуття безнадійності, нерозв'язності конфлікту, породжували до почуття відчаю та самотності. Все це робило навіть незначну конфліктну ситуацію суїцидально небезпечною для дитини, а особливо для підлітка, що іноді недооцінювалося оточуючими дорослими. Усе це зумовлює підвищений суїцидальний ризик у пубертатному періоді, що, зокрема, підтверджено статистично.

Технології психологічно-педагогічної роботи з особами, схильними до суїциду, спрямовані на постановку цієї форми девіантної поведінки під соціальний контроль, що включає наступні заходи: по-перше, заміну суїцидальної поведінки соціально корисною або нейтральною поведінкою; по-друге, спрямування соціальної активності суїцидента в схвалюване суспільством або нейтральне русло; по-третє, створення державної служби суїцидальної допомоги цій категорії населення.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ЯК НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

#### 2.1 Методи та організація дослідження

Досліджуючи суїцидальних проявів, як і будь-яке інше явище, слід дотримуватися певної послідовності (рис. 2.1)



**Рис. 2.1** Етапи дослідження особливостей суїцидальних проявів

Дослідження особливості прояву суїцидальних проявів у підлітків та молоді проводилося протягом 2023 року. Опитуванням було охоплено 58 чоловік, серед них 29 хлопців та 29 дівчат. Вибірку склали підлітки та молодь від 15 до 28 років з різних регіонів України.

Для виявлення особливостей суїцидальних проявів використані такі методики:

- Шкала депресії (Т. Балашова) (додаток Б);
- Тест для визначення депресії Марії Ковач (додаток Б);
- Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) (додаток В);
- Опитування щодо оцінки ризику суїциду (додаток Г).

Розглянемо методики більш детально.

Коли ми говоримо про депресію, ми говоримо про одне з найпоширеніших психічних розладів, яке, як відомо в усьому світі, викликає високий рівень страждань у тих, хто страждає. Протягом історії з'явилася велика кількість інструментів та інструментів для оцінки існування та впливу цієї проблеми.

Однією з них є **Шкала депресії (Т. Балашова)**:—опитувальник розроблений для диференційної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. Тест адаптований Т.І. Балашової. Повне тестування з обробкою займає 20-30 хв.

Випробуваний зазначає відповіді на бланку. Бланк складається з 20 тверджень, які відображують певні симптоми депресії. Випробуваний зазначає відповідну цифру (1 – ніколи, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – завжди) залежно від того, як він почувається останнім часом. Над запитаннями довго не задумується, правильних чи неправильних відповідей немає.

Рівень депресії (РД) визначається сумою "прямого" (твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19) і "зворотного" (твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) підрахунку. Рівень депресії (УД) розраховується за формулою:  

$$УД = ? Пр. + ? Обр$$

В результаті отримуємо УД, який коливається від 20 до 80 балів. Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії. Якщо УД більше 50 і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу. Показник УД від 60 до 69 балів - субдепресивное стан

або маскована депресія. Істинне депресивний стан діагностується при УД більш 70 балів.

Наступний метод, **тест на визначення депресії по Марії Ковач**. Розроблений Марією Ковач у 1992 році та адаптований співробітниками лабораторії клінічної психології та психіатрії НДІ психології, він дозволяє визначати кількісні показники спектру депресивних симптомів - знижений настрій, гедоністичні здібності, вегетативні функції, самооцінка, міжособистісна поведінка. Тест являє собою 27-бальну шкалу самооцінки. Ряд пунктів перевіряє наслідки депресії.

Кожен пункт містить три варіанти, відповідно закодовані як 0, 1 або 2, показники прямо пропорційні глибині депресії.

Учасник дослідження повинний вибрати одне з трьох значень для кожного пункту на шкалі на основі останніх двох тижнів.

Розрахунок сумарного показника: це сума балів обраних варіантів відповідей за всі завдання тесту. Бал також розраховується для кожної шкали тесту. Потім за допомогою спеціальної таблиці наступні показники треба перевести у відсотки. Чутливий до динаміки депресивних розладів у часі, він дає кожному показник глибини депресії.

Він поділяється на шкали:

Шкала-А (загальне зниження настрою, негативна оцінка власної ефективності в цілому, постійне очікування неприємностей, схильність до плаксивості, підвищений рівень тривожності).

Шкала-Б (самоідентифікація з роллю поганого, агресивна поведінка, високий негативізм, непокора).

Шкала-С (високий рівень віри в неефективність у школі).

Шкала-Д (високий рівень виснаження, наявність почуття самотності).

Шкала-Е (негативна оцінка власної неефективності, наявність суїцидальних думок).

Анкету легко представити та розрахувати. На виконання потрібно не більше 15 хвилин.

## **Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська).**

Мета: виявити схильність особистості до суїцидальної поведінки.

Форма проведення: індивідуальна або групова. Час: 30-45 хвилин. Вік: від 14 років.

Інструкція до теми. Зараз вам зачитують твердження, навпроти кожного з них поставте бали за таким принципом: якщо твердження вас влаштовує, то 2, якщо зовсім не влаштовує, 1, якщо не влаштовує в все, 0.

Дана методика дозволяє виміряти показники наступних емоційних станів: тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність.

Тривога - це переживання емоційного стресу, пов'язане з передчуттям небезпеки або невдачі. Будь-яка нестабільність, порушення звичного ходу подій може призвести до розвитку тривоги [83, с. 17].

Фрустрація (лат. *frustratio* — обман, невдача, марне очікування, розлад, руйнування (планів, задумів)) — психічний стан, що виникає в ситуації розчарування, невиконання будь-якої значущої для людини мети чи потреби. Воно проявляється в гнітючому напруженні, тривозі, почутті безнадійності та відчаю. Вона виникає в ситуації, яка сприймається індивідом як неминуча загроза досягненню важливої для нього мети, реалізації тієї чи іншої його потреби. Сила фрустрації залежить як від ступеня значущості блокованого дії, так і від його близькості до наміченої мети. Реакцією на стан фрустрації можуть бути такі основні види дій: «відхід» від реальної ситуації в сферу фантазій, марень, мрій; поява внутрішньої схильності до агресивності, яка або затримується, проявляючись у формі дратівливості, або відкрито виривається назовні у формі злості; загальний «регрес» поведінки, тобто перехід до більш легких і примітивних способів дій, часта зміна занять і т. д. В результаті фрустрації нерідко спостерігається залишкова невпевненість в собі, а також фіксація способів дій, використовуваних в ситуація фрустрації [87, с. 78].

Ригідність (від лат. *rigidus* - твердий, твердий) - утруднення, аж до повної нездатності, у зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, які

об'єктивно вимагають її перебудови. Розрізняють когнітивну, афективну та мотиваційну ригідність. Когнітивна ригідність проявляється в труднощах перебудови сприйняття та уявлень у ситуації, що змінилася. Афективна ригідність виражається в загальмованості афективних (емоційних) реакцій на зміну об'єктів емоцій. Мотиваційна ригідність проявляється в жорсткій перебудові системи мотивів в умовах, що вимагають від суб'єкта гнучкості і зміни характеру поведінки. Рівень ригідності, що проявляється у суб'єкта, визначається взаємодією його особистісних характеристик з характером середовища, включаючи ступінь складності поставленого перед ним завдання, її привабливість для нього, наявність небезпеки, монотонність стимуляції, і так далі [89, с. 98].

Агресивність (лат. *aggressio* - нападати) - стійка характеристика суб'єкта, схильність, що відображає його ставлення до поведінки, метою якої є заподіяння шкоди оточуючим, або подібний афективний стан (гнів, злість). Хоча агресивність відіграла вирішальну роль у процесі еволюції людини, стверджується, що спочатку вона не була властивою людям, що діти засвоюють зразки агресивної поведінки практично з моменту народження. Причинами агресивності можуть бути різного роду конфлікти, зокрема внутрішні, тоді як такі психологічні процеси, як емпатія, ідентифікація, децентрація – стримують агресію, оскільки є ключем до розуміння інших та усвідомлення своєї незалежної цінності [65, с. 25].

### **Опитування щодо оцінки ризику суїциду.**

Суїцид, як форма людської поведінки, існує з давніх часів. «Це зло старе, як світ. Воно проникло в середовище юнаків і стариків, дітей і жінок. Весь великий історичний шлях, пройдений людством, засіяний цими добровільними стражданнями. Не оминули геніальні люди зі здоровою залізною волею. це лихо», - зазначив В.М. Огроновича в доповіді, виголошеній 18 квітня 1812 р. на самогубній комісії при Психоневрологічному інституті.

Звертаючись до понять «суїцид» і «самогубство», насамперед слід зазначити, що вони є синонімами і в сучасній психологічній науці мають таке

значення: суїцид (від англ. suicide) – це самогубство, вчинене особою в стані афекту, фрустрації, під впливом психічної аномалії Суїцид – свідомий акт самогубства під впливом психотравмуючих ситуацій, під час якого власне життя як найвища цінність втрачає сенс для даної особистості внаслідок особистісних психічних деформацій, соціальної -економічні та морально дестабілізуючі фактори [60, с. 128].

Розвиток суїцидальних знань почався в 40-50-х роках 20 століття. Він ознаменувався появою суїцидології як самостійної комплексної науки багатодисциплінарного характеру, яка об'єднала низку споріднених дисциплін (психіатрію, психологію, соціологію, педагогіку, юриспруденцію). Введення Дезе в 1947 році терміну «суїцидальна поведінка» також пов'язано з розширенням поля суїцидальних досліджень», яке стало загальноприйнятим сьогодні. Це не те ж саме, що поняття «самогубство» і «спроба самогубства». » і дозволяє описати більш широкий спектр явищ (суїцидальні думки, загрози, схильності, наміри, подробиці тощо) [66, с. 15].

Суїцидальна поведінка безпосередньо пов'язана з психологічною кризою. Оскільки криза спричинена депривацією та фрустрацією найважливіших потреб (наприклад, у безпеці, приналежності, досягненнях, автономії, розумінні), можливість екстремальних наслідків очевидна.

Загальною ознакою важких криз є душевний біль. Нетерпимість до душевного болю призводить до бажання покінчити з ним будь-якими способами, а суїцид може здаватися людині в кризовому стані єдиним способом врятуватися і вирішити всі проблеми.

У наступному пункті перейдемо до результатів дослідження.

## 2.2 Аналіз результатів дослідження

Отже, мета дослідження – дослідити та охарактеризувати особливості профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Об'єкт дослідження – суїцидальні прояви у осіб підліткового віку та молоді.

Предмет дослідження – особливості суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Дослідження проводилось на безпечних територіях України. З учасниками дослідження були проведені бесіди та поставлення деякі питання щодо війни, щоб краще зрозуміти чи є для них це психотравмуючою подією. Загалом я дійшов висновку, та зі слів респодентів зрозумів, що війна для них на даний час не є вже психотравмуючою подією, це пов'язано з тим, що вони знаходяться не поблизу лінію фронту, по друге вони з цим вже трохи звиклись, тож можу стверджувати, що їхні психотравмуючі події стосуються соціуму та особистого життя і переживань.

Розглянемо результати за шкалою депресії Т. Балашової.

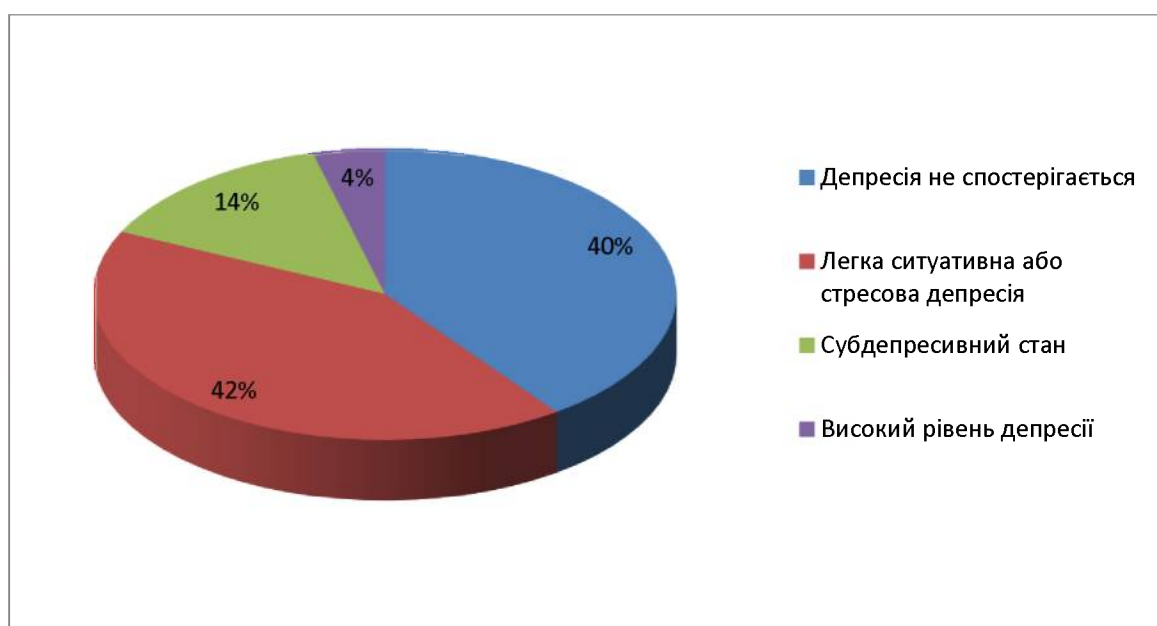


Рис. 2.2 Шкала депресії Т. Балашової



З даних результатів ми бачимо, що 40% учасників дослідження депресія не спостерігається; 42% мають легку ситуативну або стресову депресію; 14% мають субдепресивний стан та 4%, серед яких всі дівчата, мають високий рівень депресії, тож необхідно звернути увагу на дану категорію та застосувати відповідні психотехнології щодо подолання депресії.

Далі перейдемо до аналізів за методикою Марії Ковач, таблиця 2.1.

**Таблиця 2.1**

**Результати за тестом визначення депресії Марії Ковач**

Розподілення результатів по шкалам				
Шкали	Високий рівень	Середній рівень	Нижче середнього	Без виражених ознак
Шкала А	13%	31%	46%	10%
Шкала В	35%	22%	35%	8%
Шкала С	33%	23%	22%	22%
Шкала D	9%	23%	47%	21%
Шкала Е	12%	21%	20%	47%

В результаті розподілу даних за шкалами можна співвіднести більш виражені показники серед тих, хто брав участь в проходженні методики.

На підставі цих результатів можна зробити наступні висновки:

1. За шкалою А, яка відповідає за негативний настрій, по загальному показнику зниження настрою та оцінки власної ефективності в цілому, спостерігається незначний приріст даних тенденцій, що може в найближчому майбутньому призвести до підвищеної тривожності та до відчуття постійного очікування неприємностей;
2. за шкалою В, яка відповідає за міжособистісне спілкування, більш ніж третина досліджуваних продемонструвало високий рівень наростання прояву проблем саме в цій сфері
3. За шкалою С, яка відповідає за відчуття власної неефективності, показники

розподілилися майже порівну, де 55% респондентів перебувають у стані постійного зростання відчуття власної неефективності, 22% - перебувають на предетapie цього стану.

4. За шкалою D, яка відповідає за рівень виснаження, спостерігається незначний приріст даних тенденцій.
5. За шкалою E, яка відповідає за негативну самооцінку, майже 50 відсотків учасників дослідження не мають тенденцій до зростання погіршення самооцінки.

На підставі цих результатів можна зробити висновок, що учасники дослідження показали результати, які не мають виражених ознак погіршення негативного настрою, рівня виснаженості та негативної самооцінки або ці показники перебувають на рівні нижче середнього, за критичною позначкою після якої симптоматика йде доверху. Натомість спостерігається високий та середній рівень вираження проблем на рівнях міжособистісного спілкування та відчуття власної неефективності.

Наведемо дані за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)

Учасникам дослідження необхідно було відповісти на питання по методиці «визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) - «Тривожність, фрустрованості, агресивність, ригідність». Аналіз даних методики дав можливість отримати результати, представлені в таблиці 2.2 та 2.4

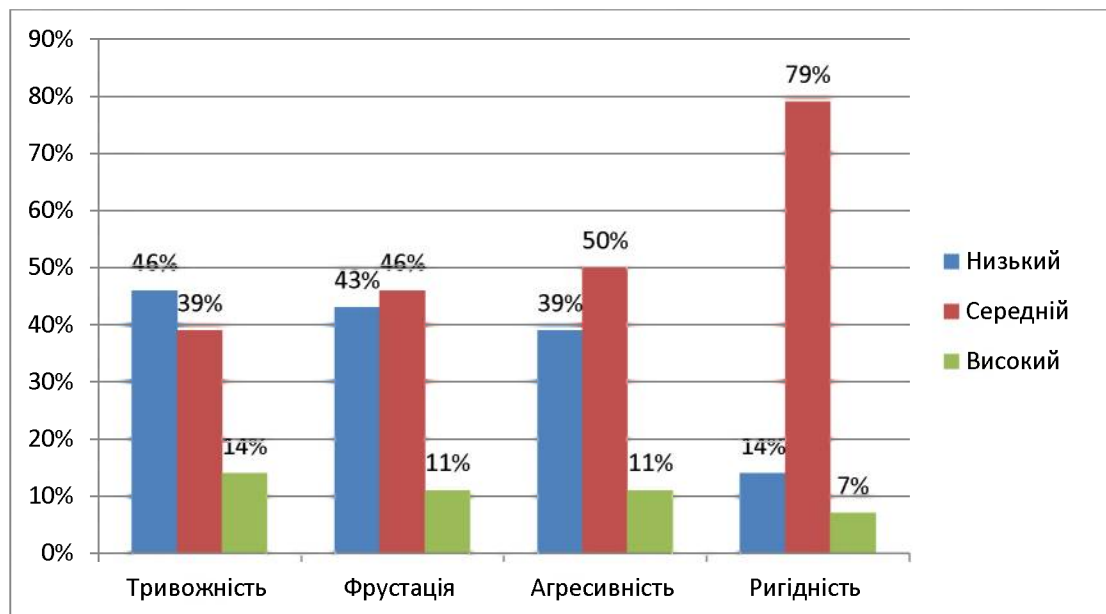
**Таблиця 2.2**

**Показники рівня визначення схильності до суїцидальної поведінки**

Рівень показника	Тривожність		Фрустрація		Агресивність		Ригідність	
	Чол.	%	Чол.	%	Чол.	%	Чол.	%
Низький	27	46	25	43	23	39	8	14
Середній	23	39	27	46	29	50	46	79
Високий	8	14	6	11	6	11	4	7
Всього	58	100	58	100	58	100	58	100

З наведених таблиць видно, що у 46% осіб виявлено низький рівень тривожності. Було також виявлено, що 39% відповідно мають середній рівень, а 14% осіб - високий рівень тривожності. Ці особи характеризуються наявністю суб'єктивно пережитих емоцій під час війни. У 43% осіб виявлено низький рівень фрустрації. Ці особи, які мають високу самооцінку, стійкі до невдач і не бояться труднощів. У 46% осіб відповідно був виявлений середній, а у 11% - високий рівень фрустрації. Вони мають низький емоційний стан, прагнуть уникати труднощів і бояться невдач, це особи з великим переживанням. Для 39% опитаних відповідно характерним є низький рівень агресивності. Ці особи досить спокійно і виважено сприймають навколишню ситуацію. Разом з цим, в 50% виявлено середній рівень, а у 11% - високий рівень агресивності. Ці особи відчувають серйозні труднощі в спілкуванні і взаємодії з іншими людьми.

У 7% осіб домінує високий рівень ригідності. Для них характерна незмінність поведінки, поглядів і переконань, навіть якщо вони розходяться і не збігаються з реальними обставинами життя. Разом з цим, відповідно для 14% осіб відповідно характерний низький рівень ригідності, а для 79% - середній рівень за цією ознакою. Це вказує в цілому на низький рівень прояву цього стану у осіб під бойових дій, графічно результати зобразимо на рис. 2.4.



**Рис. 2.4. Показники рівня визначення схильності до суїцидальної поведінки**

Розглянемо загальний показник до виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки, таблиця 2.3.

Таблиця 2.3

## Виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки

№	Показник схильності до суїцидальної поведінки	Відсоток учасників дослідження
1	0—38 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки низький	65%
2	39—45 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка	25%
3	46 балів і більше — рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота	10%

Для наочності зобразимо результати на рис. 2.5.

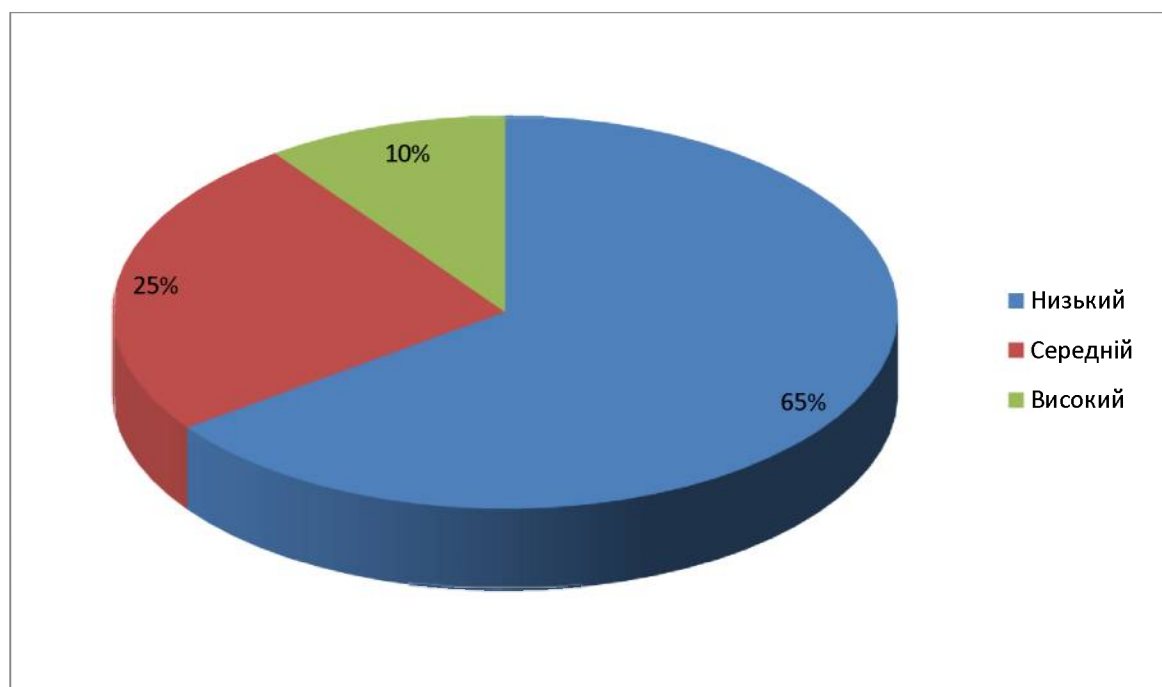


Рис. 2.5. Виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки

Після проведення дослідження та бесіди з учасниками дослідження, дійшов висновків, що більшість індивідів має нормальний психологічний стан та немає суїцидальних проявів в поведінці, та все таки є індивіди з високим рівнем проявів суїцидальної поведінки, а отже вони потребують корекційної

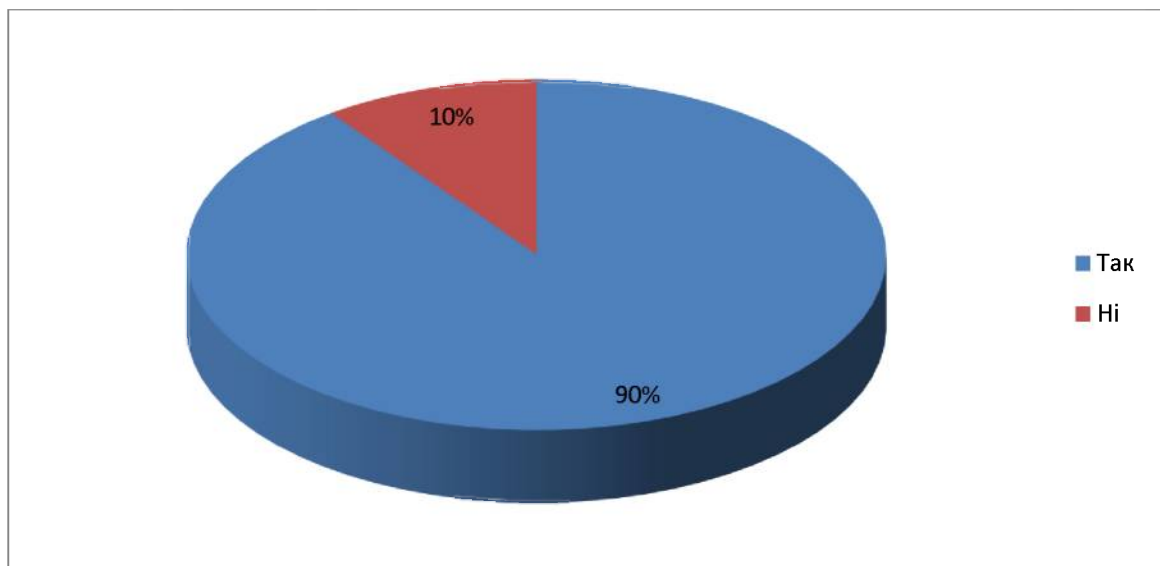
роботи та загалом вся група потребує профілактика суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Перейдемо до опитувальника щодо оцінки ризику суїциду.

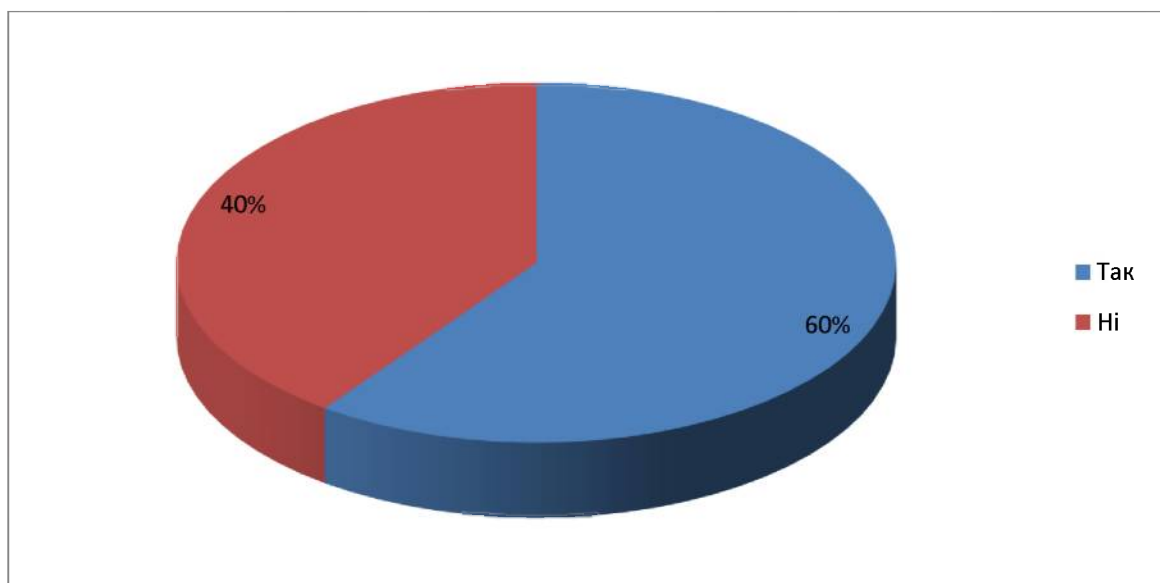
Проведено анкетування з метою визначення причин суїциду серед підлітків. Результати відповідей наведені нижче.

1. Чи частіше суїциди трапляються серед підлітків, ніж серед дорослих?

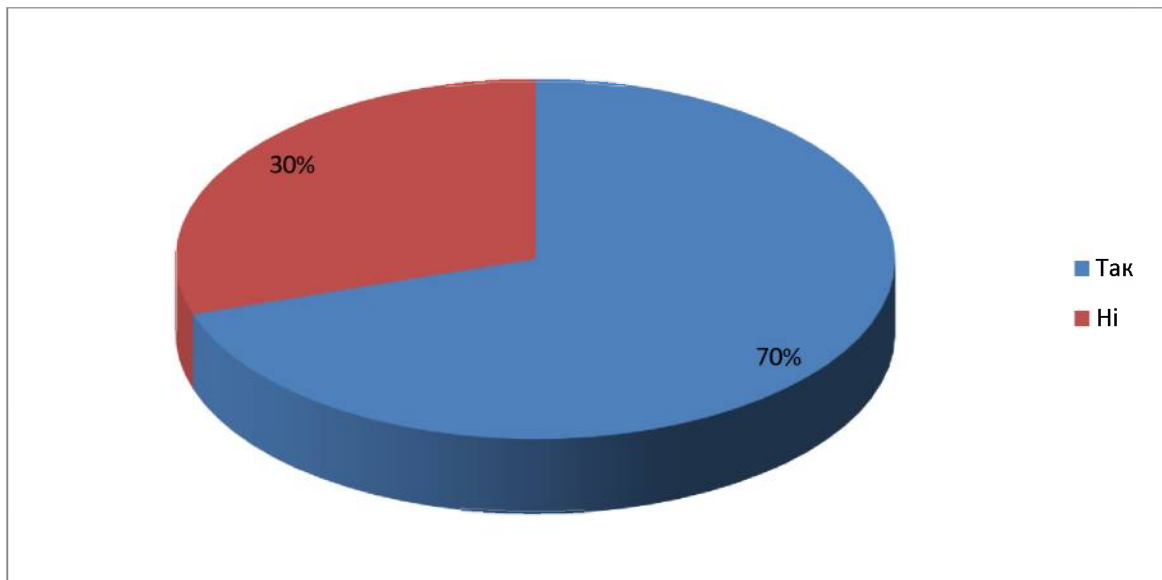
Так - 90% Ні - 10%



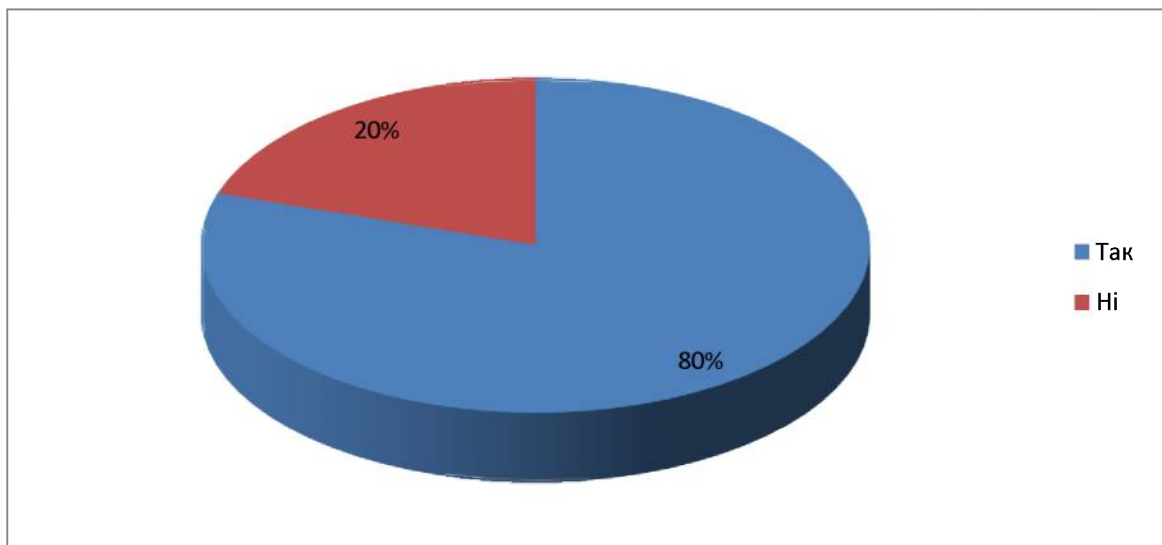
2. Чи стикалися Ви у своєму житті з явищем суїциду? Так - 60% Ні - 40%



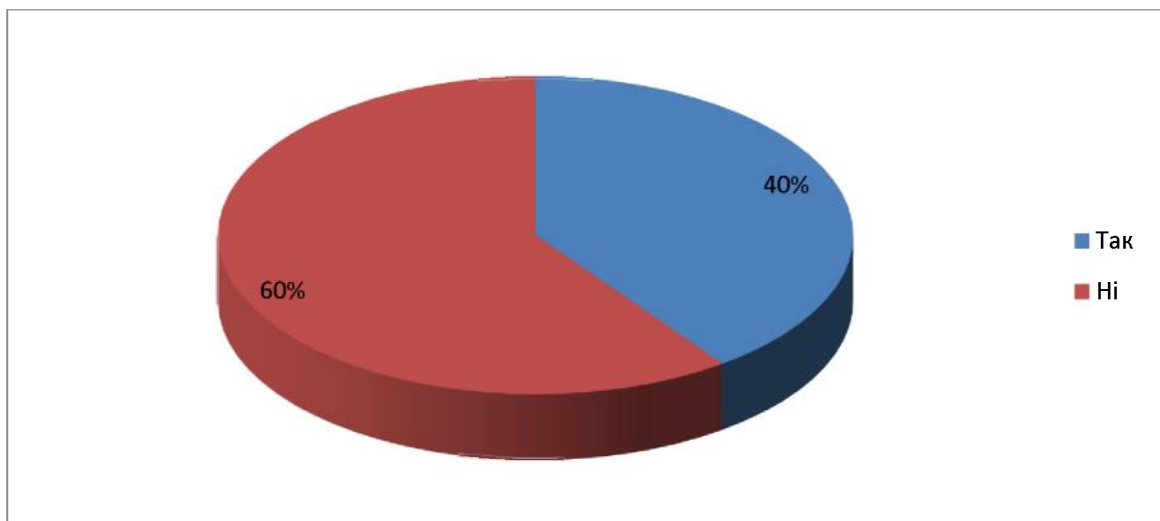
3. Чи завжди самогубство є розумним вчинком? Так - 70% Ні - 30%



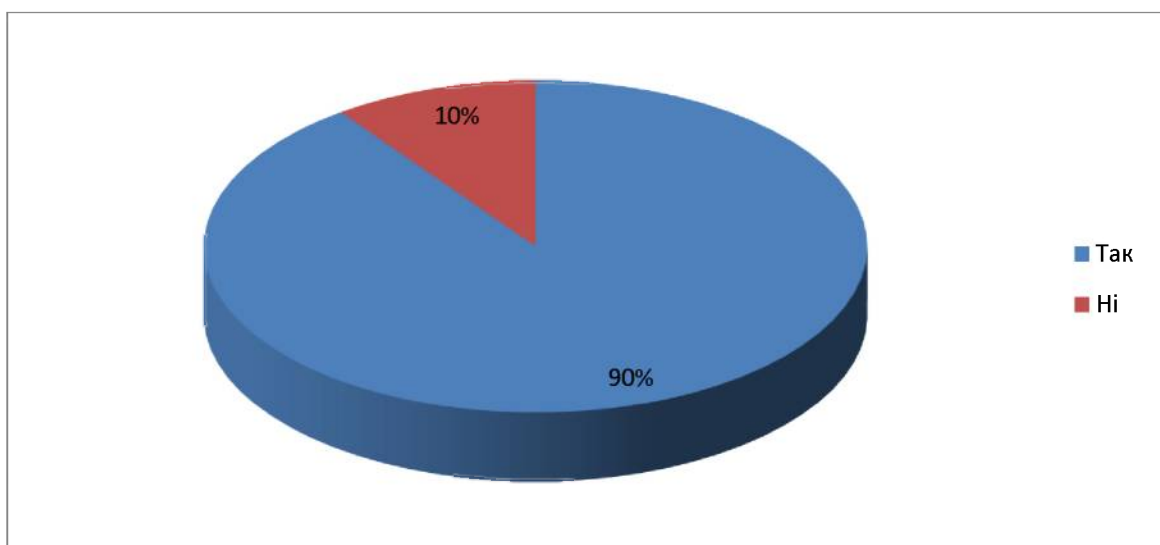
4. Чи є самогубство смертним гріхом? Так - 80% Ні - 20%



5. Частота самогубств серед бідних є значною вище, ніж серед заможних.  
Так - 40% Ні - 60%



6. Чи були у вас коли-небудь суїцидальні думки? Так - 90% Ні - 10%



7. Які причини можуть довести людину до самогубства?

Відповіді були наступні: незрозуміння, проблеми вдома, особисті проблеми, соціальна ситуація, музика, знущання з боку однолітків чи дорослих, самопожертва та інші.

У критичний період підліток віддаляється від батьків, але продовжує потребувати їх, тому що перед ним відкривається світ, в якому він не знаходить розуміння і не завжди зможе відповісти на питання про сенс життя для себе. І якщо цей пошук себе ускладнюється різними обставинами, все складається, і підліток зникає до думки, що «життя не для нього». Підлітковий вік загалом є майже одним із самих складних періодів життя особистості, якщо до цього

всього додати ще нестабільну політичну ситуацію, війну та інші події, то підліток може частіше замислюватись на рахунок суїциду.

Після всіх подій які відбуваються у нашому житті, необхідно проходити профілактику суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій у вигляді тренінгів, бесід, психотерапій та іншого, тому у наступному пункті розглянемо рекомендації щодо особливостей профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.



## Висновки до 2 розділу

Дослідження особливості прояву суїцидальних проявів у підлітковому віці проводилося протягом 2023 року. Опитуванням було охоплено 58 чоловік, серед них 29 хлопців та 29 дівчат.

Для виявлення особливостей суїцидальних проявів у підлітковому віці ми будемо використовувати такі методики:

- Шкала депресії Т. Балашової;
- Тест для визначення депресії Марії Ковач;
- Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська);
- Опитування щодо оцінки ризику суїциду.

Мета дослідження – дослідити та охарактеризувати особливості профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Об'єкт дослідження – суїцидальні появи у осіб підліткового віку та молоді.

Предмет дослідження – профілактика суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Дослідження проводилось на безпечних територіях України. З учасниками дослідження були проведені бесіди та поставлення деякі питання щодо війни, щоб краще зрозуміти чи є для них це психотравмуючою подією. Загалом ми дійшли висновків, та зі слів досліджуваних зрозуміли, що війна для них на даний час не є вже психотравмуючою подією, це пов'язано з тим, що вони знаходяться не поблизу лінії фронту, по друге вони з цим вже трохи звиклись, тож можемо стверджувати, що їхні психотравмуючі події стосуються соціуму та особистого життя і переживань.

За результатами шкали депресії Т.Балашової у 40% досліджуваних депресивний стан не спостерігається, 42% має легку ситуативну або стресову депресію, 14 мають субдепресивний стан та 4% мають високий рівень ознак депресії.

На підставі результатів тесту на визначення депресії М. Ковач можна зробити висновок, що учасники дослідження показали результати, які не мають виражених ознак погіршення негативного настрою, рівня виснаженості та негативної самооцінки або ці показники перебувають на рівні нижче середнього. Натомість спостерігається високий та середній рівень вираження проблем на рівнях міжособистісного спілкування та відчуття власної неефективності.

Після проведення дослідження та бесід з учасниками, дійшов висновків, що більшість індивідів має нормальний психологічний стан та немає суїцидальних проявів в поведінці, та все таки є індивіди з високим рівнем проявів суїцидальної поведінки, а отже вони потребують корекційної роботи та загалом вся група потребує профілактика суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

## РОЗДІЛ 3

### РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ ЯК НАСЛІДКІВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

#### 3.1 Психотерапія суїцидента через піднесення цінності його особистості

Метою цього виду психотерапії є підвищення рівня усвідомлення суїцидальними підлітками та юнаками цінності власної особистості в результаті підвищення самооцінки суїцидентів, формування у них почуття власної гідності. Психотерапія у своїй сукупності включає сім етапів: підготовчий, потребностно-мотиваційний, інформаційно-пізнавальний, формуючий ціле, операційно-результативний, емоційно-чуттєвий, завершальний. Крім підготовчого і завершального, п'ять - відповідають компонентам діяльнісного виміру особистості, оскільки ця психотерапія має активно-діяльнісний характер. Завершальним є пост терапевтичний, екзистенціальний етап [1, с. 10].

На підготовчому етапі психолог отримує запит і попередню інформацію про суїцидента - від батьків, учителів, учнів і встановлює з ним довірливий контакт. На цій основі він починає емпатичний діалог. При цьому обов'язкова атмосфера повної довіри з боку підлітка до психотерапевта, до чого останній повинен підготуватися заздалегідь, зокрема, неухильно дотримуючись Етичного кодексу психолога і обов'язково - виявляючи відданість інтересам особи, чесність, конфіденційність. У стосунках із суїцидентом він повинен виявляти не просто співпереживання, а переконливе переживання своєї гідності, цінності, інтересу до свого життя, до своєї особистості. Можна обережно використовувати методику звіту - вона не тільки «прив'язує» психолога до почуттів, думок і поведінки самогубця, але й робить останнього свого роду «господарем» у спілкуванні, лідером, що підвищує його значимість. в очах співрозмовника і власному самовідчутті. Тобто вже на підготовчому етапі здійснюється певне піднесення цінності особистості суїциденту – і з появою

самого психолога, який професійно цікавиться ним, його душею, внутрішнім світом, а технічно – через співпереживання, встановлення уваги до особистості, надання суїциденту права на ведення діалогу в гуманістичному руслі [6, с. 52].

На потрібно-мотиваційному етапі необхідно з'ясувати, чим викликаний суїцидальний намір, які мотиви домінують або конфліктують у свідомості суїцидента, чи є запасні наміри, мотиви, інтереси, потяги, наміри, на які можна переключитися. його увагу. Це дає можливість навчитися гальмувати суїцидальні мотиви і водночас підняти цінність інших потреб і мотивів суїцидента, як припинити деструктивну боротьбу мотивів і переживання деструктивних намірів. У разі зниження сенсу життя слід займатися конструюванням нового, адекватного індивідуальності суїцидента та можливостям його оточення, сенсу. Корисним може бути використання елементів логотерапії, яка передбачає пошук сенсу життя у трьох напрямках через переживання, стосунки та творчість. У дослідженнях крім представлених стратегій пошуку сенсу життя, спрямованих на життєві цінності, пропонуються також когнітивні, гуманістичні, життєві, естетичні, емоційні, ставленнєві стратегії пошуку сенсу життя. Корисними можуть бути і стратегічні засоби пошуку сенсу життя, оскільки стратегії творчої діяльності за теорією Бреслава Г. М. [9] використовуються в одному дослідженні аналогізація, комбінування, реконструкція, універсальна, спонтанна стратегія. У ході проведення цього етапу роботи відбувається піднесення особистості суїциденту за рахунок зміни його світогляду, установок, сенсу життя і мотивів поведінки. При цьому можливе використання прийомів емоційного зараження, навіювання, прямого звернення до бажаних ресурсів, інстинкту самозбереження суїцидента для переоцінки його прихованих мотивів тощо.

На інформаційно-пізнавальному етапі психолог продовжує роботу, розпочату на попередніх етапах, і надає суїциденту, з одного боку, яскраві приклади значущої вітальної поведінки, життєвої творчості інших людей, а з іншого боку, заохочує йому самовідкрити власні вітальні можливості, особисті якості, цінні для нього, інших і суспільства. Водночас можливий пошук цих

якостей у таких підструктурах власної особистості, як: здатність до спілкування; спрямованість інтересів, потягів, намірів, хобі, занять тощо; риси характеру (пошукова ефективність тут може бути особливо високою), самосвідомість, рефлексія, самопізнання, саморегуляція, самоактуалізація тощо; досвід - знання, уміння, навички, звички, емоційні стереотипи, стиль діяльності тощо; інтелектуальні здібності - увага, пам'ять, відчуття, сприйняття, мислення, уява - в їх різновидах, наприклад, естетичне сприйняття світу, сенсорна культура, системне мислення, творча уява (фантазія) тощо; психофізіологічні властивості, зокрема, позитивні якості суїцидального темпераменту тощо [10, с. 41].

На цьому етапі суїциденту необхідно подати інтенсивний інформаційно-ціннісний сигнал щодо властивостей молодого особистості та сприйняття їх оточуючими як унікальних у певному ціннісному відношенні. Тут, при інформаційному обґрунтуванні особистісних цінностей суїцидента, доцільним і можливим є використання аксіологічних можливостей раціональної психотерапії для надання ціннісного статусу окремим властивостям суїцидента та його особистості в цілому. Інформаційно-когнітивні елементи психоаналізу та іншої психотерапії можуть бути корисними. Аксіологічний сигнал може приймати різну форму - ціннісний аналіз, звернення, твердження, переконання, порада, рекомендація і т. д. На цьому етапі триває закріплення і розвиток сенсу життя в його інформаційно-пізнавальній формі і перехід до планується наступний, цілеутворюючий етап.

На етапі цілеформування слід спробувати переключити увагу суїцидента на нові цілі, закріпити інтенційні досягнення попередніх етапів шляхом актуалізації старих або формування нових цілей, планів, програм, проектів та їх аксіологізації [17, с. 25].

При цьому слід відштовхуватися від ціннісних властивостей особистості самогубця та спиратися на реалізовані на попередніх етапах роботи стратегії пошуку ним сенсу життя. Ставлячи нову мету, завдання, сама суїцидальна особистість повинна виступати не стільки засобом для когось, скільки власною «вищою» метою для себе, важливою перспективою всього свого життя. Тут

може бути корисним обговорення філософії альтруїстичного егоїзму (еґоїстичного альтруїзму) Х. Сельє. Але головним слід вважати вихід діалогу між психологом і підлітком на рівень конкретного плану дій, його обговорення, акцентування цінностей особистості суїциденту як визначального чинника формування та реалізації цей план. Особистість суїцидента перетворюється на мету і водночас - на засіб її досягнення, тобто на суб'єкт само творення [21].

Особливо ефективним може бути залучення учня до підготовки та реалізації певного проекту відповідно до його виняткових властивостей у сфері спілкування, мотивації, інтересів, установок, креативності, інтелекту, досвіду, психофізіологічних якостей тощо. науково-технічний, економічний, гуманітарний, культурний тощо проект. Головне, що перед підлітком відкривається шлях до самоактуалізації та акмеологізації, а через них - до утвердження цінності своєї особистості в очах оточуючих, школи, суспільства, самого себе [24, с. 28].

На оперативно-результативному етапі робиться спроба реалізувати в практичних досягненнях суїцидента раніше обговорені та прийняті мотиви, інтереси, ідеї, цілі, наміри, плани, програми та проекти. У зв'язку з цим може стати в нагоді літературний проект – віршований, прозовий, навіть «щоденник», через який у усній, письмовій формі фіксуються свідомі життєтворчі наміри самогубця. Він вчасно отримує допомогу, так би мовити, від самого себе - коли він звертається до своїх життєтворчих думок, він накопичує навколо них нові думки про цінність життя, цінність своєї особистості. Останній, звертаючись до розгорнутих у часі продуктів своєї творчості, яка є не стільки літературною, скільки світоглядною, філософською, психологічною, екзистенціальною, примножує її цілющу силу. Думки про безсмертя особистості (за Клейберг Ю.О.), про безсмертя душі (у релігійному тлумаченні) є дуже стабілізуючими і утверджуючими. У цьому відношенні може бути корисним зосередити увагу суїцидальної людини на можливості підвищення рівня академічної успішності. Для прискорення зростання успішності у навчанні можна провести з учнем інтенсивне консультативно-тренувальне заняття, сценарій якого розроблено в

умовах гімназії в кабінеті. Отримана таким чином психолого-педагогічна допомога може за один урок підвищити середній бал учня з навчальних предметів на 1-2 бали, що сприйматиметься ним як перемога, що природно підвищить його самооцінку, цінність свого особистості [5].

На емоційно-чуттєвій стадії, яку можна назвати мегастадією, оскільки вона пронизує весь процес психотерапії афективним піднесенням цінності особистості, основними є позитивні, емоційні, привабливі почуття - симпатія, співпереживання до дитина тощо. Проте вони мають бути природними, враховуючи негативний контекст і складний характер суїцидальної ситуації. Емоційно забарвлений інтерес до суїцидента повинен поступово перерости в почуття поваги, дружні почуття, почуття щирої симпатії, любові - в залежності від специфіки ситуації діалогу. Адже через любов, в її загальнолюдській, платонічній і релігійній формі, є найефективніший засіб піднесення цінності життя людини, її особистості, її «Я». У зв'язку з цим можна використовувати різні форми зізнань в симпатії, дружбі і любові, звичайно, знаючи природну міру, уникаючи штучних псевдо почуттів. Звичайно, це вимагає від психотерапевта здатності до співпереживання і виступає тестом на щирість, людяність, гуманізм [26, с. 40].

У діалозі мають переважати позитивні, але щирі емоції та почуття, адекватні суїцидальній ситуації, що має сприяти позитивному закріпленню всіх досягнень психотерапії – шляхом їх позитивно-емоційного утвердження.

Особливо цінними на цьому етапі є почуття натхнення, захоплення і задоволення від результатів навчальної продуктивної, творчої роботи з її відомим психотерапевтичним ефектом. Важливим для колишнього смертника має стати почуття оптимізму, радісний настрій погляду в майбутнє. Завдяки емоційній підтримці та емоційному піднесенню підлітка, юнака підвищується їх життєвий тонус, він перетворюється з об'єкта випадкових впливів на повноцінного суб'єкта нормального життя з позитивним життєвим тонусом.

На пост терапевтичному етапі активна психотерапія завершується і здійснюється відносно регулярний, а пізніше епізодичний моніторинг, оцінка та

підтримка екзистенціального стану колишнього суїциденту. Час від часу проводяться спонтанні збори та поточні акції сприяння життєвим, сімейним, професійним успіхам людини, зміцненню її волі до нормального життя [28, с. 50].

Звичайно, ця психотерапія не претендує на вирішення всіх типів суїцидальних проблем, вона найбільш ефективна там, де основними причинами суїцидальної поведінки домінують знецінення особистості, падіння самооцінки особистості, відчуття неповноцінності, підлітка та ін.

Робота практичного психолога та соціального педагога з профілактики суїцидальної поведінки має кілька профілактичних рівнів: загальний, первинний, вторинний і третинний.

Завданням загальної профілактики суїцидальної поведінки є сприяння успішній соціальній адаптації учнів, підвищення групової згуртованості дитячого колективу, створення позитивного психологічного клімату.

На етапі загальної профілактики рекомендуємо проводити заходи, спрямовані на адаптацію учасників навчально-виховного процесу до умов навчального закладу, формування (посилення вже існуючих) антисуїцидальних бар'єрів [29, с. 25].

До Всесвітнього дня запобігання самогубствам рекомендуємо провести такі заходи: години психолога «Життя прекрасне» (цикл занять, присвячених життєвим цінностям); акції: «Я обираю життя!», «День позитиву» та флешмоби «Посмішка», «Життя видатних людей», «День без конфліктів» та інші). У рамках акцій рекомендуємо провести фотоконкурс (на тему життєвих цінностей), диспути для старшокласників («Від протистояння до порозуміння!»), спільні уроки з вчителями історії, літератури, образотворчого мистецтва (бесіди, твори-роздуми за літературними творами та історичними подіями, виставки малюнків) тощо. З метою мирного вирішення конфліктів ефективним буде створення порозуміння в закладі шкільних послуг з підготовкою учнів-медіаторів.



На цьому етапі специфічна діагностика, що виявляє суїцидальний ризик у поведінці дітей та шкільної молоді, не проводиться. Для первинного виявлення суїцидальних нахилів достатньо спостерігати та аналізувати (за маркерами суїцидального ризику) вже наявний діагностичний матеріал (малюнки, роботи тощо).

Практичний психолог навчального закладу на етапі загальної суїцидальної профілактики проводить таку роботу [46, с. 46]:

- вивчає особливості соціально-психологічного статусу та адаптації учнів з метою своєчасної профілактики та ефективного подолання труднощів;
- бере участь у створенні системи психолого-педагогічного супроводу учнів різних вікових груп (вирішення конфліктів, психолого-педагогічний супровід, психологічне консультування);
- надає консультації під час розробки та проведення загальношкільних та класних заходів, метою яких є сприяння формуванню позитивного Я-образу, унікальної та неповторної особистості, комунікативної компетентності, ціннісного ставлення до життя тощо.

Первинна профілактика суїциду проводиться по відношенню до дітей і підлітків «групи ризику» (наявність трьох і більше факторів суїцидального ризику). Не можна стверджувати, що ці діти обов'язково будуть реалізовувати суїцидальні наміри, однак, враховуючи комплекс суїцидальних факторів, необхідно вживати профілактичні заходи по відношенню до цієї групи учнів.

Першочергово працівникам психологічної служби закладу необхідно здійснити комплекс заходів, які сприятимуть підвищенню компетентності педагогів та батьків щодо розпізнавання маркерів суїцидального ризику та супроводу учнів, які опинилися у складній життєвій ситуації.

З метою психологічної просвіти вчителів та батьків необхідно розробити пам'ятки, які міститимуть інформацію про те, як розпізнати гострий кризовий стан у дитини та що робити, якщо дитина виявляє суїцидальні наміри, запросити медичних працівників для проведення лекції на тему: проблема депресії та суїцидального ризику. Необхідно організувати консультативну

психологічну допомогу батькам і педагогам щодо проблемних стосунків з дитиною. Працівники психологічної служби повинні оцінити кожен окремий випадок з точки зору складності, розподілити відповідальність, прийняти рішення про залучення інших спеціалістів, визначити орієнтовні терміни вирішення проблем дитини. Тобто все, що включає супровід дитини, яка потрапила у складні життєві обставини, де додатковим завданням є профілактика суїцидального ризику.

Практичний психолог навчального закладу на етапі первинної суїцидальної профілактики проводить таку роботу [48, с.119]:

- за результатами спостережень, поточної діагностики, звернень педагогів, прохань батьків визначає учнів «групи ризику», у тому числі з комплексом суїцидальних факторів;

- проводить додаткову діагностику, яка дозволить оцінити патологоанатомічні особливості, рівень тривожності та агресивності, ступінь дезадаптації та суїцидального ризику, аналізує діагностичні дані та розробляє рекомендації;

- бере участь в організації та проведенні конференції;

- надає рекомендації щодо розробки індивідуальної програми підтримки (психологічна складова),

- проводить індивідуальні та групові корекційно-розвиткові заняття з учнями «групи ризику» з метою регуляції емоційного напруження, корекції комунікативної компетентності, самооцінки, розвитку фрустраційної толерантності тощо;

- розробляє пам'ятку для батьків та педагогічних працівників «Як розпізнати гострий кризовий стан дитини та що з цим робити»;

- за потреби організовує зустрічі педагогічного колективу з іншими спеціалістами.

Вторинна профілактика суїцидальної поведінки проводиться з групою учнів, які перебувають у складних життєвих обставинах і опосередковано (через нотатки, щоденникові записи, малюнки, спілкування в соціальних мережах) або

безпосередньо говорять про суїцидальні наміри. Його головна мета – попередити самогубства.

В першу чергу практичний психолог повинен оцінити ризик суїциду. Розрізняють такі рівні ризику [53, с. 25]:

- незначний (наявність суїцидальних думок без конкретних планів);
- середній (наявність суїцидальних думок, наявність плану без дедлайну);
- високий (є думки, розроблений план, продумані терміни та засоби реалізації).

Залежно від рівня ризику слід застосовувати відповідні дії та стратегії. За наявності незначного суїцидального ризику рекомендуємо практичному психологу емоційно підтримати учня, опрацювати суїцидальні почуття, акцентувати увагу на сильних сторонах учня.

При середньому рівні суїцидального ризику рекомендуємо практичному психологу запропонувати учневі емоційну підтримку, роботу з суїцидальними почуттями, посилення бажання жити (через амбівалентність почуттів), обговорення альтернатив суїциду, встановлення контакту з рідними та друзями учня.

При високому рівні суїцидального ризику практичний психолог повинен постійно перебувати з особою, не залишаючи його ні на хвилину; при необхідності обмежити доступ до можливих засобів суїциду; викликати швидку допомогу та організувати госпіталізацію; повідомити родину.

Для педагогів необхідно організувати індивідуальні та групові консультації з метою розробки стратегії взаємодії з «групою ризику» на період подолання кризової ситуації. Індивідуальні консультації для батьків.

У разі необхідності надання психотерапевтичної чи медичної допомоги сім'ї практичний психолог повинен мати необхідну інформацію (телефони, адреси, умови надання допомоги) [55, с. 17].

Педагоги та працівники навчального закладу можуть бути залучені в суїцидальну справу і мають потребу висловити свої почуття та переживання.

Працівники психологічної служби, керуючись принципом конфіденційності, мають надати їм таку можливість під час консультацій.

Може статися так, що всі дії працівників психологічної служби та працівників навчального закладу не змінять намірів суїцидента і він спробує здійснити свій задум, тоді практичний психолог і соціальний педагог зіткнуться з проблемою. додаткове завдання щодо супроводу однокласників, учнів закладу, викладачів та родичів учня, який вчинив спробу суїциду або самогубство.

Третинна суїцидальна профілактика передбачає заходи, які б зменшили наслідки та зменшили ймовірність парасуїциду, соціально-психологічну реабілітацію суїцидента та його соціального оточення. Проводиться з учнями, які зробили спробу суїциду, так як якщо джерело болю (фрустрація, конфлікт тощо) залишається, учень може зробити повторну спробу «втекти» від проблеми [56, с. 102].

Отже, психолог навчального закладу на етапі третинної профілактики суїцидів проводить таку роботу: визначити тип постсуїцидального стану учня; розробити алгоритм соціально-психологічного супроводу (включаючи залучення медичних працівників); участь у роботі консиліуму щодо суїцидального випадку (в організації та роботі антикризової групи (штабу)); індивідуальна корекційна робота з учнем (за програмою, розробленою та затвердженою керівником психологічної служби); організація групової роботи на уроці та залучення до неї учня з метою відновлення навичок адаптації (комунікативний тренінг, тренінг фрустраційної толерантності); організація консультацій педагогічного колективу, батьків та учнів щодо справи (консультування в рамках антикризового штабу); моніторинг емоційного стану підлітка (методом спостереження, бесіди, опитування).

### 3.2 Тренінг «Твоє життя має значення»

Індикаторами суїцидального ризику є особливості сформованої ситуації, настрою, пізнавальної діяльності та висловлювань особи, які також підвищують ступінь ризику суїцидальної поведінки.

*Ситуаційні показники суїцидального ризику* [57, с. 5]:

- смерть близької людини;
- вимушена соціальна ізоляція, особливо від родини чи друзів (еміграція, вимушене переселення, ув'язнення, для підлітків – переїзд на нове місце проживання);
- сексуальне насильство;
- небажана вагітність (у підлітків);
- «втрата обличчя» — у підлітків (сором, приниження).

*Поведінкові показники суїцидального ризику* [68, с. 20]:

- зловживання психоактивними речовинами, алкоголем;
- реакції втечі (втеча з дому тощо);
- самоізоляція від інших людей і життя;
- різке зниження повсякденної активності;
- зміна звичок, наприклад, недотримання правил особистої гігієни, турбота про зовнішній вигляд;
- перевага тем, пов'язаних зі смертю та самогубством, над іншими темами в розмові чи читанні;
- часте прослуховування тужливої або сумної музики;
- «наведення порядку (складання заповіту, вирішення конфліктів, написання листів рідним і друзям, розподіл особистих речей тощо).

*Комунікативні сигнали суїцидального ризику* [71]:

Прямі чи непрямі повідомлення про суїцидальні наміри: «Я хочу померти» — пряме повідомлення, «Скоро все закінчиться» — непряме.

Жарти, іронічні висловлювання про бажання померти, про безглуздість життя також відносяться до непрямих посилів.

Когнітивні показники суїцидального ризику:

1. Ставлення до суїцидальної поведінки.

2. Так звана «негативна тріада», характерна для депресивних станів: негативні оцінки своєї особистості, навколишнього світу і майбутнього. Власна особистість сприймається як нікчемність, яка не має права на життя; світ розглядається як місце втрат і розчарувань; майбутнє уявляється безперспективним, безнадійним.

3. «Тунельний зір» - нездатність бачити інші прийнятні шляхи вирішення проблеми, крім суїциду [72, с. 26].

4. Наявність суїцидальних думок, намірів, планів. Ступінь суїцидального ризику безпосередньо залежить від того, чи є у людини лише невизначені рідкісні думки про самогубство («добре б заснути і не прокидатися»), чи вони постійні, сформувався намір вчинити самогубство («Я зробить це, іншого виходу немає») і з'явився конкретний план, що містить рішення про спосіб, засоби, час і місце самогубства. Чим детальніше суїцидальний план, тим вища ймовірність його реалізації.

5. Імпульсивність. Імпульсивність як риса характеру відіграє важливу роль у суїцидальній поведінці, особливо у підлітків. Імпульсивна людина може перейти від суїцидальних думок до суїцидальних дій протягом кількох хвилин. Тому, коли кризовий психолог має справу з підлітком, важливо пам'ятати, що відсутність суїцидального плану в цей момент ще нічого не говорить про ступінь суїцидального ризику.

Підліток з будь-якими ознаками суїцидальної активності повинен перебувати під постійним наглядом дорослих, звичайно, цей нагляд повинен бути ненав'язливим і тактовним.

6. Важливою є наявність засобів суїциду (наприклад, доступ до зброї; фармакологічні препарати завжди під рукою або їх ще потрібно придбати тощо).

Ступінь летальності засобів суїциду не є вирішальним в оцінці ступеня ризику суїцидальної поведінки. Якщо суїцидальний скористався неефективним засобом, спроба все ж була здійснена, при цьому ймовірність суїцидальної поведінки в майбутньому зростає.

Емоційні показники суїцидального ризику [77, с. 36]:

- неоднозначне ставлення до життя;
- пригнічений настрій
- байдужість до своєї долі, пригніченість, безнадія, безпорадність, відчай;
- переживати горе.

Більшість людей із суїцидальними думками коливаються між бажанням жити та бажанням померти. Звернення до фахівців говорить про цю амбівалентність і сподівання знайти інший вихід. Тому необхідно постійно пробуджувати і підтримувати інтерес суїцидента до терапії.

### **Тренінг «Твоє життя має значення»**

**Мета:** розширити знання учнів про проблему суїциду; навчити їх розпізнавати ознаки небезпеки та допомагати собі та іншим виходити з кризових ситуацій.

#### **Заняття 1.**

*Мета:* допомогти учню заглянути в себе, усвідомити себе як особистість

#### **Вправа «Хто я?»**

*Інструкція:* учням для роботи пропонується шаблон мандали і робота виконується в 2 етапи.

У центральному кружечку пишуть «Я», у маленьких пелюстках пишуть свою роль (наприклад, дочка, учні, подруга тощо), у великих пелюстках пишуть свої вчинки, щоб бути щасливими у написаних ролях (наприклад, бути щасливою донечкою, прислухаюся до порад батьків або бути щасливим онуком, щонеділі відвідував бабусю тощо), у клітинках, що залишилися, напишіть про

свої мрії та бажання; розфарбуйте свою мандалу так, щоб вона їм подобалася і була красивою.

### **Мозковий штурм «Чому люди позбавляють себе життя?».**

*Мета:* з'ясувати обізнаність учнів щодо причин суїциду; розширити знання про комп'ютерні технології, що спричиняють суїцидальну поведінку молоді.

На дошці написано: «Причини самогубств».

Учні називають відомі їм мотиви самогубства, а психолог їх записує.

Після цього діти розбираються з причинами суїциду, визначеними вченими (плакат).

Психолог. Визначте 16 основних мотивів суїцидальної поведінки.

1. Переживання образи, самотності, відчуженості.
2. Справжня чи явна втрата батьківської любові, нерозділене кохання, ревності.
3. Переживання, пов'язані зі смертю одного з батьків, розлученням батьків.
4. Почуття провини, сорому, образи, невдоволення собою.
5. Страх ганьби, глузування, приниження.
6. Страх покарання.
7. Любовні невдачі, вагітність.
8. Почуття помсти, шантажу.
9. Бажання звернути на себе увагу, викликати жалість, співчуття.
10. Співчуття чи дослідження друзів, героїв книг, фільмів, Інтернет-залежність.
11. Алкоголізм, вживання наркотиків, токсичних препаратів.
12. Смертельні хвороби (СНІД).
13. Знижений настрій, депресія.
14. Занадто критичний до себе.
15. Очікуваний успіх не досягається реальними досягненнями.
16. Страждає невиліковними хворобами.



Психолог. Хочу зупинитися на 10 мотиві – наслідування кіногероям, захоплення Інтернетом. Виявлено прямий зв'язок між кількістю самогубств, показаних на екранах, і реальною кількістю самогубств у суспільстві. Комп'ютерні ігри, так звані «стрілялки» - від англійського слова «стріляти», викликають агресію і закликають до насильства. Коли людина захоплюється такими іграми, у неї може бути розмитою межа між грою та реальністю, тобто вона думає, що в житті теж можна легко померти і знову ожити, як герой гри чи фільму.

В Інтернеті є багато корисного, але комп'ютерна мережа, доступна кожному, також використовується для подання негативної інформації та впливу на молодь [81].

Наприклад, є сайт з так званою «музикою» під назвою «Какофонія». Какофонія - звуки, що створюють враження безладного, хаотичного їх нагромадження. Какофонія зазвичай створюється випадковою комбінацією звуків, наприклад, коли налаштований оркестр. Деякі представники сучасного зарубіжного музичного мистецтва свідомо використовують у своїх творах елементи какофонії. Какофонія Інтернету – це «музика кохання», «музика смерті» тощо [82].

Це розумова зброя, призначена для підлітків, які все ще психічно нестабільні. Отже, якщо ви слухали щось подібне, ви повинні знати, що така «музика» може впливати на ваш настрій і викликати суїцидальну поведінку.

## **Заняття 2.**

### **Вправа «Історії з життя»**

*Мета:* закріпити знання учнів про мотиви суїцидальної поведінки.

Учні діляться на 4 групи: літо, осінь, зима, весна. Кожній групі пропонуються випадки з життя та завдання: з'ясувати мотив поведінки героя оповідання.

Оповідання

1. Хлопець, якого все життя доглядали мама, бабуся і дідусь (батька в сім'ї не було), після 9 класу збирався вступати до технікуму.

Мати вирішила, що її син уже дорослий, і розповіла про свій роман з колегою по роботі. Не усвідомивши реальної ситуації, хлопець помер.

Обговорення:

— Чому син так зробив?

— Який мотив його поведінки? (Уявна втрата батьківської любові, страх стати непотрібним близькій людині.)

2. Дівчину «поставили на лічильник». Під погрозами їй довелося винести речі та гроші з дому. Вона боялася розповісти про свою біду батькам, бо вони покарають її за брехню. Опинившись, як їй здавалося, в глухому куті, дівчина вирішила вчинити самогубство. (Страх покарання. Дівчина не мала підтримки батьків і друзів.)

3. Учень 11 класу повісився через те, що однокласниця не захотіла з ним зустрітись. (Любов без взаємності.)

4. 17-річна дівчина покінчила життя самогубством, тому що два роки тому її коханий також пішов за власним бажанням. (Втрата близької людини.)

Обговорення:

– Чому значна кількість суїцидів відбувається саме в підлітковому віці?

(Підлітковий вік – це період становлення особистості, почуття часто загострюються. Підлітки вважають свої проблеми дуже серйозними.)

Висновки. На одну і ту ж ситуацію різні люди дивляться по-різному: те, що для когось дрібниця, для іншого – кінець світу.

### **Вправа «Як навчитися цінувати життя?»**

*Мета:* формувати систему цінностей підлітків як регулятор їхніх дій.

Соціальний педагог. Щоб цінувати життя, треба знати дві головні речі:

- нам потрібно, щоб нас любили;
- ми повинні добре ставитися до себе.

Поведінка людини визначається двома основними законами:

- наша поведінка залежить від того, як ми ставимося до себе;

– поведінка кожної людини має мету, дії не відбуваються просто так.

Якщо ви дотримуетесь цих важливих міркувань і уявляєте їх реальне практичне значення, ви можете зрозуміти, чому люди хочуть померти.

Щоб цінувати себе та своє життя, ми всі повинні любити себе. Потреба любити - це:

- потреба бути коханим;
- потреба когось любити;
- потреба бути частиною чогось.

Якщо ці три «потреби» задовольняються в нашому житті більшу частину часу, ми можемо подолати проблеми, які постають перед нами.

Підліткам, яких не люблять, погано вчаться, чужі вдома і в школі, дуже важко переживати неприємності, вони почуваються самотніми, нікчемними. Знижується рівень самооцінки, через що такі молоді люди взагалі не можуть вирішити навіть незначні життєві проблеми [85, с. 63].

Що важливо для людини в такому стані? Звичайно, друг.

Уявіть, що ви нічому не раді, вам не хочеться жити, тому що «вас ніхто не любить». Але раптом починаєш відчувати чийось турботу, і знову з'являється радість життя. Інколи чийсь рукостискання, привітний погляд, усмішка дають відчуття, що ти зайняв місце в серці хоча б однієї людини.

Таким чином, суїцидальна поведінка не є виключно медичною чи психологічною проблемою. Причини такого складного явища, як суїцид, включають соціальні, економічні, психологічні, культурні, релігійні та медичні фактори ризику. Профілактика суїцидальних дій є комплексним завданням, реалізація якого можлива за умови ефективної взаємодії різних верств суспільства і повинна забезпечуватися комплексним підходом і розробкою конкретної превентивної стратегії.

Суїцидальна поведінка – це аутоагресивні дії людини, свідомо та навмисно спрямовані на покінчення життя самогубством внаслідок потрапляння в нестерпні життєві обставини. Фактор навмисності та прогноз смерті від подібних форм поведінки, пов'язаних з нещасними випадками.

Суїцидальна поведінка підлітків, маючи схожість з діями дорослих, відрізняється віковою специфікою. Для підлітків характерні підвищена вразливість і сугестивність, здатність до яскравих почуттів і переживань, схильність до перепадів настрою, слабка критика, егоцентрична спрямованість, імпульсивність у прийнятті рішень. Досить часто причиною підліткового суїциду є злість, протест, гнів або бажання покарати себе та інших. У період переходу до підліткового віку посилюється схильність до самоаналізу, песимістичної оцінки оточення та своєї особистості.

### Висновки до 3 розділу

Педагоги та працівники навчального закладу можуть бути залучені в суїцидальну справу і мають потребу висловити свої почуття та переживання. Працівники психологічної служби, керуючись принципом конфіденційності, мають надати їм таку можливість під час консультацій.

Може статися так, що всі дії працівників психологічної служби та працівників навчального закладу не змінять намірів суїцидента і він спробує здійснити свій задум, тоді практичний психолог і соціальний педагог зіткнуться з проблемою. додаткове завдання щодо супроводу однокласників, учнів закладу, викладачів та родичів учня, який вчинив спробу суїциду або самогубство.

Третинна суїцидальна профілактика передбачає заходи, які б зменшили наслідки та зменшили ймовірність парасуїциду, соціально-психологічну реабілітацію суїцидента та його соціального оточення. Проводиться з учнями, які зробили спробу суїциду, так як якщо джерело болю (фрустрація, конфлікт тощо) залишається, учень може зробити повторну спробу «втекти» від проблеми.

Психолог навчального закладу на етапі третинної профілактики суїцидів проводить таку роботу: визначити тип постсуїцидального стану учня; розробити алгоритм соціально-психологічного супроводу (включаючи залучення медичних працівників); участь у роботі консиліуму щодо суїцидального випадку (в організації та роботі антикризової групи (штабу); індивідуальна корекційна робота з учнем (за програмою, розробленою та затвердженою керівником психологічної служби); організація групової роботи на уроці та залучення до неї учня з метою відновлення навичок адаптації (комунікативний тренінг, тренінг фрустраційної толерантності); організація консультацій педагогічного колективу, батьків та учнів щодо справи (консультування в рамках антикризового штабу); моніторинг емоційного стану підлітка (методом спостереження, бесіди, опитування).

Суїцидальна поведінка не є виключно медичною чи психологічною проблемою. Причини такого складного явища, як суїцид, включають соціальні, економічні, психологічні, культурні, релігійні та медичні фактори ризику. Профілактика суїцидальних дій є комплексним завданням, реалізація якого можлива за умови ефективної взаємодії різних верств суспільства і повинна забезпечуватися комплексним підходом і розробкою конкретної превентивної стратегії.

Суїцидальна поведінка підлітків, маючи схожість з діями дорослих, відрізняється віковою специфікою. Для підлітків характерні підвищена вразливість і сугестивність, здатність до яскравих почуттів і переживань, схильність до перепадів настрою, слабка критика, егоцентрична спрямованість, імпульсивність у прийнятті рішень. Досить часто причиною підліткового суїциду є злість, протест, гнів або бажання покарати себе та інших. У період переходу до підліткового віку посилюється схильність до самоаналізу, песимістичної оцінки оточення та своєї особистості.

## ВИСНОВКИ

Самогубство (суїцид) – умисне самоушкодження зі смертельним наслідком. Не всі дії людини, що призвели до його смерті, вважаються самогубством. Аналіз мотивації дій особистості дає змогу встановити різницю між власне суїцидом і аутоагресивними формами поведінки. Замах на життя кваліфікується як самогубство, якщо вона усвідомлювала значення своїх дій і керувала ними. У всіх інших випадках вчинення особою дій, що завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, під впливом психопатологічних розладів (маячні ідеї, галюцинації тощо), у стані психозу слід кваліфікувати як аутоагресивну поведінку, аварія.

Вивчення та розкриття проблем, пов'язаних із травматичною подією, має міждисциплінарне значення. Підвищена увага до теми травматизації в психологічній науці пов'язана зі значущими подіями на соціально-політичному рівні. Визначено, що як психологічна, так і психічна травма в ряді творів є реакцією на значущі події, відмінні від повсякденного досвіду, тому можна розглядати ці терміни як синоніми. Встановлено, що травматична подія порушує життя людини на різних рівнях, залежно від її інтенсивності. Сучасний етап вивчення психологічної травми у внутрішньо переміщених осіб, учасників бойових дій на сході України знаходиться на початковому етапі. Вважаємо за доцільне, враховуючи недостатню розробленість вищезазначеної теми, подальші дослідження зосередити на виявленні та аналізі впливу психотравмуючих подій на спосіб життя сучасного українця в складних соціально-політичних умовах.

Проблема суїциду особливо актуальна в підлітковому віці. У віці 11-13 років смерть вважається тимчасовим явищем. Існує розмежування понять життя і смерті, але емоційне ставлення до смерті абстраговане від власної особистості. Крім критерію усвідомлення наміру покінчити життя самогубством, для визначення істинності суїцидальної спроби у дорослих аналізуються способи самогубства та особливості поведінки самогубця. Аналізуючи суїцидально

небезпечні конфліктні ситуації, ми переконалися, що для підлітка вони можуть складатися з незначних, на думку дорослих, непорозумінь. Проте деякий максималізм в оцінках, невміння передбачити справжні наслідки своїх дій і передбачити результати ситуації, відсутність життєвого досвіду, характерного для періоду дитинства, створювали відчуття безнадійності, нерозв'язності конфлікту, породжували до почуття відчаю та самотності. Все це робило навіть незначну конфліктну ситуацію суїцидально небезпечною для дитини, а особливо для підлітка, що іноді недооцінювалося оточуючими дорослими. Усе це зумовлює підвищений суїцидальний ризик у пубертатному періоді, що, зокрема, підтверджено статистично.

Технології психологічно-педагогічної роботи з особами, схильними до суїциду, спрямовані на постановку цієї форми девіантної поведінки під соціальний контроль, що включає наступні заходи: по-перше, заміну, заміну суїцидальної поведінки соціально корисною або нейтральною поведінкою; по-друге, спрямування соціальної активності суїцидента в схвалюване суспільством або нейтральне русло; по-третє, створення державної служби суїцидальної допомоги цій категорії населення.

Дослідження особливості прояву суїцидальних проявів у підлітків та молоді проводилося протягом 2023 року. Опитуванням було охоплено 58 чоловік, серед них 29 хлопців та 29 дівчат.

Для виявлення особливостей суїцидальних проявів було використано нижчезазначені методики:

- Шкала рівня депресії Т. Балашової;
- Тест для визначення депресії Марії Ковач;
- Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська);
- Опитування щодо оцінки ризику суїциду.

Мета дослідження – дослідити та охарактеризувати особливості профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Об'єкт дослідження – суїцидальні прояви у осіб підлітків та молоді.



Предмет дослідження – профілактика суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Наше дослідження проводилось на безпечних територіях України. З підлітками були проведені бесіди та поставлення деякі питання щодо війни, щоб краще зрозуміти чи є для них це психотравмуючою подією. Загалом ми дійшли висновків, та зі слів підлітків зрозуміли, що війна для них на даний час не є вже психотравмуючою подією, це пов'язано з тим, що вони знаходяться не поблизу лінії фронту, по друге вони з цим вже трохи звиклись, тож можемо стверджувати, що їхні психотравмуючі події стосуються соціуму та особистого життя і переживань.

Після проведення психологічних методик та бесід з учасниками дослідження, ми дійшли висновків, що більшість має нормальний стан та немає суїцидальних проявів, та все таки є індивіди з високим рівнем проявів суїцидальної поведінки, а отже вони потребують корекційної роботи та загалом вся група потребує профілактика суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

У критичний період підліток віддаляється від батьків, але продовжує потребувати їх, тому що перед ним відкривається світ, в якому він не знаходить розуміння і не завжди зможе відповісти на питання про сенс життя для себе. І якщо цей пошук себе ускладнюється різними обставинами, все складається, і підліток звикає до думки, що «життя не для нього». Підлітковий вік загалом є майже одним із самих складних періодів життя особистості, якщо до цього всього додати ще нестабільну політичну ситуацію, війну та інші події, то підліток може частіше замислюватись на рахунок суїциду.

Після всіх подій які відбуваються у нашому житті, необхідно проходити профілактику суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій у вигляді тренінгів, бесід, психотерапій та іншого, тому у наступному пункті розглянемо рекомендації щодо особливостей профілактики суїцидальних проявів як наслідків психотравмуючих подій.

Педагоги та працівники навчального закладу можуть бути залучені в суїцидальну справу і мають потребу висловити свої почуття та переживання. Працівники психологічної служби, керуючись принципом конфіденційності, мають надати їм таку можливість під час консультацій.

Може статися так, що всі дії працівників психологічної служби та працівників навчального закладу не змінять намірів суїцидента і він спробує здійснити свій задум, тоді практичний психолог і соціальний педагог зіткнуться з проблемою. додаткове завдання щодо супроводу однокласників, учнів закладу, викладачів та родичів учня, який вчинив спробу суїциду або самогубство.

Третинна суїцидальна профілактика передбачає заходи, які б зменшили наслідки та зменшили ймовірність парасуїциду, соціально-психологічну реабілітацію суїцидента та його соціального оточення. Проводиться з учнями, які зробили спробу суїциду, так як якщо джерело болю (фрустрація, конфлікт тощо) залишається, учень може зробити повторну спробу «втекти» від проблеми.

Психолог навчального закладу на етапі третинної профілактики суїцидів проводить таку роботу: визначити тип постсуїцидального стану учня; розробити алгоритм соціально-психологічного супроводу (включаючи залучення медичних працівників); участь у роботі консилиуму щодо суїцидального випадку (в організації та роботі антикризової групи (штабу); індивідуальна корекційна робота з учнем (за програмою, розробленою та затвердженою керівником психологічної служби); організація групової роботи на уроці та залучення до неї учня з метою відновлення навичок адаптації (комунікативний тренінг, тренінг фрустраційної толерантності); організація консультацій педагогічного колективу, батьків та учнів щодо справи (консультування в рамках антикризового штабу); моніторинг емоційного стану підлітка (методом спостереження, бесіди, опитування).

Суїцидальна поведінка не є виключно медичною чи психологічною проблемою. Причини такого складного явища, як суїцид, включають соціальні,

економічні, психологічні, культурні, релігійні та медичні фактори ризику. Профілактика суїцидальних дій є комплексним завданням, реалізація якого можлива за умови ефективної взаємодії різних верств суспільства і повинна забезпечуватися комплексним підходом і розробкою конкретної превентивної стратегії.

Суїцидальна поведінка підлітків, маючи схожість з діями дорослих, відрізняється віковою специфікою. Для підлітків характерні підвищена вразливість і сугестивність, здатність до яскравих почуттів і переживань, схильність до перепадів настрою, слабка критика, егоцентрична спрямованість, імпульсивність у прийнятті рішень. Досить часто причиною підліткового суїциду є злість, протест, гнів або бажання покарати себе та інших. У період переходу до підліткового віку посилюється схильність до самоаналізу, песимістичної оцінки оточення та своєї особистості.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Практична психологія: навчальний посібник для студентів вузів. Харків: Академ. Проект, 2021. 480 с.
2. Аронсон О. О. Соціальна психологія. Психологічні закони поведінки людини в соціумі: Прайм - Еврознак, 2014. 560с.
3. Арт-терапія: техніки підтримки психологічного здоров'я. URL: <https://osvitanova.com.ua/> (дата звернення 25.04.2023)
4. Арт-терапія як засіб зцілення. URL: <https://ildc.org.ua/>(дата звернення 25.04.2023)
5. Аршава І.Ф. Суб'єктивне благополуччя і його індивідуально-психологічні та особистісні кореляти. Вісник ДНУ. Серія: Педагогіка і психологія. 2017. Вип.18. № 9/1. с.3-10.
6. Бабінець Л. С., Коцаба Ю. Я. Ключові аспекти ведення пацієнта з депресією у практиці сімейного лікаря (за досвідом Словенії та Хорватії) Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020. №1. С. 46 – 51.
7. Балабанова, Л. М. Категорія норми в психології студентського віку: (теоретико-методол. Аспект). Харків: Консум, 2009. 240 с.
8. Березін, Ф. Б. Методика багатостороннього дослідження особистості: структура, основи інтерпретації, деякі області застосування. Харків: 2017. 175 с.
9. Бігун Н.І. Психологічні засоби формування особистісної захищеності щодо дії депресогенних факторів Н.І. Бігун Вісник Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка. Психологічні науки / редкол.: А.І. Шинкарюк відп. ред. та ін. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2011. Вип.3. С. 3 – 7.8.
10. Блейлер Е. Посібник з психіатрії. Видавництво незалежної психіатричної асоціації, 1993. С. 215.

11. Блінова О.Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці. Актуальні проблеми суїцидології. Зб. наукових праць. Частина 1. Київ, 2002. С. 31–32.
12. Бодров, В. А. Проблема подолання стресу. Частина 3: Стратегії подолання стресу. Психологічний журнал. 2016. Т. 23, № 3. С. 106-116.
13. Бреслава, Г. М. Психологія емоцій. Харків: Сенс: Академія, 2014. 544 с.
14. Вальдман, А. В. Фармакологічна регуляція емоцій. Харків: Медицина, 2018. 208 с.
15. Варій М.Й. Загальна психологія: підручник для студ. психол. і педагог. спеціальностей. Київ: Центр учбової літератури, 2017. 968 с.
16. Вачков І. Основи і технології групового тренінгу. Психотехніки. Київ: Знання, 2020. 189 с.
17. Вашека Т.В. Використання проєктивних методик з метою діагностики суїцидальних тенденцій у підлітків. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. “Соціологія. Психологія. Педагогіка”. 2005. Вип.22. С. 33-36.
18. Вашека Т.В. Перспективи дослідження психологічних аспектів проблеми суїцидальної поведінки. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології. 2004. Т. VI, Вип.6. С.65-73.
19. Вашека Т.В. Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки. Практична психологія та соціальна робота. 2005. №4 (73) С.53-57.
20. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки: навчально-методичний посібник. Кропивницький: КЗ «КОППО імені Василя Сухомлинського», 2016. 44 с.
21. Вправи-рекомендації: як подолати негативні емоції в часі війни. URL: <https://vseosvita.ua/> (дата звернення 25.04.2023)

22. Горбаль І.С. Відчуття адекватної самооцінки як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія «Психологічна»: зб. наук. праць. Львів: ЛДУВС, 2018. 293-303 с.
23. Депресія у гештальт-терапії. Лікування відносинами. URL: <https://www.kigip.com.ua/> (дата звернення 25.04.2023)
24. Долгорукова Г.В. Суїцид як соціально-педагогічна проблема. Науковий пошук молодих дослідників. 2007. № 4.С. 78–82.
25. Дюркгейм Е. Самогубство : Соціол. дослідження Пер. з фр. Л. Кононович. Київ: Основи, 1998. 519
26. Журавель Т.В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. Київ : Академвидав, 2020. 312 с.
27. Забродський М.М. Основи вікової соціальної педагогіки. Навчальний посібник. Тернопіль.: Навчальна книга. Богдан. 2022. 112 с.
28. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2022. 219 с.
29. Зубченко М. Запрошуємо до діалогу: Посіб. для підлітків 11-14 рр. АПН України; Науково-методичний центр середньої освіти; Всеукраїнська благодійна організація Київ: Богдана, 2021. 127 с.
30. Емоції під час війни. URL: <https://psychologist.net.ua/> (дата звернення 25.07.2023)
31. Емоції, пов'язані з війною, та емоції під час війни. URL: <https://psych.fss.muni.cz/> (дата звернення 25.07.2023)
32. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : Клінічний посібник. Харків : Арсіс, 2011. 303 с.
33. Когнітивно-поведінкова терапія. URL: <https://www.rozmova.me/> (дата звернення 25.07.2023)
34. Контроль емоційного стану під час війни. URL: <https://mon.gov.ua/> (дата звернення 25.07.2023)

35. Когнітивно-поведінкова терапія ПТСР, фобій, стресів, депресії. URL: <https://www.iuriev.com/> (дата звернення 25.07.2023)
36. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. URL: <https://i-cbt.org.ua/> (дата звернення 25.07.2023)
37. Когнітивно-поведінкова терапія депресії. URL: <https://neuronews.com.ua/> (дата звернення 25.07.2023)
38. Кобильченко В. Проблема підліткового суїциду. Психологія суїцидальної поведінки, корекція, профілактика: Збірник наук. праць За заг. Ред. С.І. Яковенка. Київ: РВВКІВС, 2020. с. 17-21.
39. Коханенко Л. Проблема самогубства: погляди І. Сікорського та сучасні досліді. Практична психологія та соціальна робота. 2022. № 4. С. 49–52.
40. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків. Психолог. 2015. №35. С.26-32.
41. Капська А.Й. Актуальні проблеми соціально-педагогічної робота. Київ, 2021. 158 с.
42. Кобильченко В. В. Проблема підліткового суїциду. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: Зб. наук. пр. За заг. ред. С. І. Яковенка. Київ: РВВ КІВС, 2020. 147 с.
43. Коваленко А.Б., Корнєв М.Н. Соціальна психологія: Підручник. Київ, 2016. 400с.
44. Колесіна Т.Д. Діагностика і корекція розвитку дітей, як засіб профілактики відхилень у їх поведінці. Початкова школа. 2020. № 6. С.41.
45. Комаров О. В. Психологічні закономірності вчинення суїциду та вбивства: їх спільності та відмінності. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: Київ: РВВ КІВС, 2000. 56 с.
46. Комісарова О. Проблеми підлітків: Шляхи розв'язання. Психолог. 2009. №15-16. С. 46-52.
47. Коханенко Л. Проблема самогубства: погляди І.Сікорського та сучасні досліді. Практична психологія та соціальна робота. 2002. №4. 15 с.

48. Лосієвська О.Г. До питання про суїцидальні тенденції у поведінці підлітків. Теоретичні і прикладні проблеми психології та педагогіки: Збірн. наук. праць СНУ ім. В. Даля за матеріалами Всеукраїнської науковопрактичної конференції з проблем вищої освіти «Університет і регіон». Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. С.77 - 80.

49. Лосієвська О. Г. Криза підліткового віку як чинник поведінки з відхиленнями. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Луганськ: Ювілейний збірник наукових праць СНУ ім. В. Даля, 2005. №1 (9). С. 112 -118.

50. Малкіна-Пих І.С. Екстремальні ситуації: довідник практичного психолога. Київ: Ексмо, 2016. 57 с.

51. Максимова Н.Ю. Психологія девіантної поведінки. Київ : Либідь, 2021. 520 с.

52. Максимова Н.Ю., К.Л. Мілютіна К.Л., Піскун В.М. Патопсихологія підліткового віку. Главник, 2018. 192 с.

53. Масагутов Р. М. Гендерні відмінності у прояві аутоагресії у підлітків. Питання психології. 2003. № 3. С. 35-42.

54. Мельничук І.В., Кравченко Н.М. Діагностика та корекція депресивного стану у старшому шкільному віці. Наука і освіта. 2013. №7. С. 183-188.

55. Москаленко В. Проблеми самогубства в Україні. Охорона здоров'я України. 2018. № 2. С. 29–33.

56. Оржеховська В.М. Основні педагогічні проблеми виховання учнів у сучасний період розвитку суспільства: Управління процесом виховання. Позакласний час. 2021. №23-24. С.5-18.

57. Оржеховська В.М. Педагогічна профілактика девіантної поведінки неповнолітніх. Київ: Знання, 2020. 264 с.

58. Надольський Є. І. Психологічні аспекти поведінки суїцидентів. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: Київ: РВВ КІВС, 2020. 174 с.



59. Пампура І.І., Іваненко С.В. Життєва криза як одна з причин суїцидальних намірів. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика. Київ: РВВ КІВС, 2020. 63с.

60. Пачковський Ю.Ф., Корнієнко І.О. Проблеми молоді: соціолого-психологічні аспекти вивчення та діагностики. Збірник науково-методичних матеріалів для роботи з дітьми, що зазнали насильства. Львів: ВНТЛ, 2009. 68с.

61. Пігіда В.М. Суїцидальна поведінка неповнолітніх як соціально-педагогічна проблема. Український медичний альманах, 2018. Т. 11. № 6. 118 с.

62. Поліщук Ю.І. Про спірне розуміння самогубства як психологічного явища. Питання психології. 1994 № 1. С. 128-130.

63. Помро К. Суїцидальна поведінка в юнацькому віці. Соціальна та клінічна психіатрія. 2005. № 3. С. 63-68.

64. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз і профілактика (Методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних педагогів). Київ: КМПУ ім. Ї. Д. Грінченка, 2005. 43 с.

65. Профілактика суїциду серед підлітків. URL: <https://fontanska-rada.gov.ua/> (дата звернення 25.07.2023)

66. Психологія суїциду / за ред. В. Москальця. Івано-Франківськ : Плай, 2002. 249 с.

67. Профілактика та психокорекційні заходи по суїциду. URL: <https://vseosvita.ua/> (дата звернення 25.07.2023)

68. Психологічне здоров'я українців під час війни і як його врятувати. URL: <https://ukrainian.voanews.com/> (дата звернення 25.07.2023)

69. Психологія суїциду: навчальний посібник за ред. В.П. Москальця Київ - Івано-Франківськ: «Плай», 2012. 260 с.

70. Рибалка В.В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді. Практична психологія та соціальна робота. 2007. № 10. С. 42-52.

71. Рекомендації щодо профілактики суїцидальних тенденцій серед учнів. URL: <http://school58.zp.sch.in.ua/> (дата звернення 25.07.2023)

72. Романовська Д. Робота з підлітками, схильними до суїциду. Психолог. 2006. № 15 (207). С. 26-29.
73. Стрик О.О. Програма «Корекція страхів і тривожності». URL: <http://www.vseodetkax.ru/publ> (дата звернення 25.07.2023)
74. Стабілізація емоційного стану під час військових дій в Україні. URL: <https://naurok.com.ua/>(дата звернення 25.07.2023)
75. Сорочинська В.Є. Організація роботи соціального педагога : навчальний посібник. Київ : Кондор, 2005. 198 с.
76. Солошенко Д. В. Екстренна психологічна допомога. Консультування // Практична психологія і соціальна робота. 2013. №9 – 10. С. 10 – 28.
77. Суліцький В.В. Психологія суїцидальної поведінки. Київ: Леся, 2021. 316 с.
78. Табачник І.Г. Особливості провідних ставлень студентів із алкогольною і тютюновою залежністю. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2015. №51. С. 239-246.
79. Типові психологічні проблеми підлітків. URL: <http://www.psychol-ok.ru/lib/intpsy/intpsy2009/intpsy090509>. (дата звернення 25.07.2023)
80. Тренінг з тривожними підлітками. URL: <http://www.psyint.ru/library.php?part=article&p=12>. (дата звернення 25.07.2023)
81. Третиннікова Л. Профілактична робота з дітьми з девіантною поведінкою. Соціальний педагог. № 7 (91), липень 2020. С. 17–27.
82. Тривога під час війни та її наслідки. URL: <https://health-ua.com/> (дата звернення 25.07.2023)
83. Тривожність під час війни. URL: <https://suspilne.media/> (дата звернення 25.07.2023)
84. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад,

дистимія). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003. 70 с.

85. Хайкін В.Л. Реабілітація підлітків з суїцидальною поведінкою. Порівняльно-вікові дослідження в суїцидології. 2018. С.52-68.

86. Федоренко Р.П. Психологія суїциду : навчальний посібник. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2021. 260 с.

87. Червона Т. Проблемний підліток і проблеми підлітка. Київ: Шк. Світ, 2020. 128с.

88. Шайгородський Ю. Криза підліткового віку як процес переоцінки цінностей. Соціальна психологія. 2019. №6. 148- 153 с.

89. Шакар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2015. 640 с.

90. Albert P. R. Why is depression more prevalent in women? J Psychiatry Neurosci. 2015. July; 40 (4): p. 219 – 221.

91. Bromberger J. T., Epperson C. N. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease / Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Dec; 45(4): p. 663 – 678.

92. Campbell K. E., Gorelik A. Mid-life predictors of late-life depressive symptoms; determining risk factors spanning two decades in the Women's Healthy Ageing Project. Women's Midlife Health. V. 6, №2 2020. p. 663 – 678.

93. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys / M.K. Nock, G.Borges, E.J. Bromet [et al.] // Br J Psychiatry. 2008. Vol. 192. P. 98-105.

94. Diener E. The science of well-being: the collected works. New York: Springer. 2012. 274 p.

95. Ryff C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. № 4. – P. 719-727.

96. Chang, L. Life satisfaction, self-concept, and family relations in Chinese adolescents and children. International Journal of Behavioral Development, 2003. Vol.27, P. 182-189.

97. Deci E. L. The «What» and «Why» of Goal Pursuits : Human Needs and the Self-Determination of Behavior personality. Psychological Inquiry, 2000. Vol. 11. N. 4. P. 227-268.

98. Gabanska J. Autonomy of the individual in the developmental and axiological perspective. The polish quarterly of developmental psychology, 1995. Vol. L. N 1-4. P. 1-11.

99. Gilman, R. Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. Journal of Youth and Adolescence, 2006. Vol.35. P. 311-319.

100. Wirestone L. Working with Suicidal Individuals. A Guide to Providing Understanding, Assessment and support. Jessica Kingsley Publishers. London, 2011. 272 p.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

№	Твердження	Відповіді			
		Ніко л и	Іноді	Часто	Завжд и
1	Я почуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я почуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди плачу чи майже сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж звичайно	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене непокоять запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без певних причин	1	2	3	4
11	Я думаю так само чітко, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмю	1	2	3	4
13	Почуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий (-а), ніж звичайно	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний(а) і необхідний(а)	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20	Мене зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

## Додаток Б

## Тест для визначення депресії Марії Ковач

№	Зміст запитання	Бали	Шкала
1	Мені ніколи не сумно	0	А
	Я часто буваю сумний	1	
	Мені завжди сумно	2	
2	У мене ніколи нічого не виходить	2	Е
	Я рідко буваю впевнений що у мене що ниб. пол.	1	
	У мене все виходить добре	0	
3	Я практично все роблю добре	0	С
	Я багато чого роблю не так	1	
	Я все роблю неправильно	2	
4	Багато чого приносить мені задоволення	0	D
	Дещо приносить мені радість	1	
	Мене ніщо не радує	2	
5	Я завжди поганий	2	В
	Я часто буваю поганим	1	
	Я рідко буваю поганим	0	
6	Я рідко думаю що зі мною трапиться погане	0	А
	Я турбуюся про це	1	
	Я впевнений що зі мною станеться щось жахливе	2	
7	Я ненавиджу себе	2	Е
	Я не люблю себе	1	
	Я собі подобаюся	0	
8	Все погане відбувається з - за моїх помилок	2	А
	Багато погане відбувається ...	1	
	Погане відбувається не через - за мене	0	
9	Я не думаю про суїцид	0	Е
	Я думаю про суїцид, але не зможу	1	
	Я хочу вбити себе	2	
10	Я плачу кожен день	2	А
	Я часто плачу	1	
	Я плачу рідко	0	
11	Я весь час турбуюся	2	А
	Я часто відчуваю занепокоєння	1	
	Я рідко відчуваю	0	
12	Мені подобається спілкуватися	0	В
	Мені не подобається спілкуватися	1	
	Мені зовсім не хочеться спілкуватися	2	
13	Я не можу вирішитися але багато чого	2	А
	Мені важко на багато зважитися	1	
	Я легко приймаю рішення	0	
14	Я виглядаю добре	2	Е
	Дещо в моєму образі мене не влаштовує	1	

	Я виглядаю потворно	0	
15	Я себе змушую весь час робити шк. завдання	2	C
	Я часто себе змушую робити шк. завдання	1	
	Для мене це не проблема	0	
16	Я погано сплю кожн. ніч	2	D
	Я часто сплю погано	1	
	Я сплю дуже добре	0	
17	Я рідко втомлююся	0	D
	Я часто втомлююся	1	
	Я весь час відчуваю себе втомлено	2	
18	У більшості випадків не хочу їсти	2	D
	Я часто не хочу їсти	1	
	Я їм дуже добре	0	
19	Мене не турбують болі	0	D
	Мене часто турбують болі	1	
	Мене весь час турбують болі	2	
20	Я не відчуваю себе самотнім	0	D
	Я часто відчуваю себе самотнім	1	
	Я завжди відчуваю себе самотнім	2	
21	Школа ніколи не приносить мені задоволення	2	D
	Школа іноді приносить мені задоволення	1	
	Школа часто радує мене	0	
22	У мене багато друзів	0	D
	У мене є друзі, але мені хотілося б більше	1	
	У мене їх немає	2	
23	З моєї навчанням все в порядку	0	B
	Я вчуся не так добре, як раніше	1	
	Зараз у мене погані оцінки з тих предметів які раніше добре йшли або	2	
24	Я ніколи не стану таким хорошим як ін. Дит.	2	C
	Якщо я захочу то зможу стати хорошим як ін.	1	
	Я такий же хороший як ін. Дит.	0	
25	Мене ніхто по справжньому не любить	2	E
	Я не впевнений в тому що мене хто не будь любить	1	
	Я впевнений в тому що мене люблять	0	
26	Зазвичай я роблю те що мені сказали	0	B
	Як правило я не роблю того що мені говорять	1	
	Я ніколи не роблю того що мене просять зробити	2	
27	Я відчуваю себе самотнім з людьми	2	B
	Я часто радію	1	
	Я весь час радію	0	

## Додаток В

## МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (М. Горська)

*Мета:* виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

*Форма проведення:* індивідуальна чи групова. *Час:* 30—45 хв. *Вік:* із 14 років.

*Інструкція досліджуваному.* Зараз вам зачитують твердження, навпроти кожного з них ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить — то 2, якщо не зовсім підходить — 1, якщо зовсім не підходить — 0.

**Бланк опитувальника**

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нещастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.
18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.
23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.
24. Я легко зближуюся з людьми.
25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
26. Інколи у мене буває пригнічений настрій.
27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
29. Мене легко переконати.
30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.
32. Нерідко я виявляю упертість.



33. Мене хвилює стан мого здоров'я.
34. У скрутні хвилини я іноді поводжуся, як дитина.
35. У мене різка жестикуляція.
36. Я неохоче йду на ризик.
37. Я важко витримую очікування чогось.
38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.
39. Я — мстивий.
40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

## Додаток Г

### Опитування щодо оцінки ризику суїциду

1. Чи частіше суїциди трапляються серед підлітків, ніж серед дорослих?
2. Чи стикалися Ви у своєму житті з явищем суїциду?
3. Чи завжди самогубство є розумним вчинком?
4. Чи є самогубство смертним гріхом?
5. Частота самогубств серед бідних є значною вище, ніж серед заможних.
6. Чи були у вас коли-небудь суїцидальні думки?
7. Які причини можуть довести людину до самогубства?