

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В. Н.
КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА
на тему: Взаємозв'язок між травматичними подіями
і ризиком суїциду в молоді

Студентки 4-го курсу групи ПС-43
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми “Психологія”
за спеціальністю 053 - Психологія

Кавешнікової М. М.

Керівник: кандидат психологічних наук,
професор Павленко В. М.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання

Кількість балів: _____

Члени комісії _____

м. Харків, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ТРАВМАТИЧНИМИ ПОДІЯМИ І РИЗИКОМ СУЇЦИДУ У МОЛОДІ.....	 5
1.1 Сутність поняття психологічної травми, їх типи, форми та ефекти дії.....	5
1.2 Травматичні події та їх вплив на психічне здоров'я молоді.....	9
1.3 Травматичні події як фактор ризику суїцидальних спроб у молоді....	13
Висновки до Розділу 1.....	19
 РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ТРАВМАТИЧНИМИ ПОДІЯМИ І РИЗИКОМ СУЇЦИДУ У МОЛОДІ.....	 22
2.1. Мета та завдання дослідження.....	22
2.2. Характеристика вибірки досліджуваних.....	23
2.3. Характеристика методів та методик дослідження.....	24
2.4. Результати дослідження та їх інтерпретація.....	26
Висновки до Розділу 2.....	48
 ВИСНОВКИ	 51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Актуальність дослідження. Дослідження взаємозв'язку між травматичними подіями та ризиком суїциду є надзвичайно актуальним у контексті сучасних соціальних умов. Зростання спроб самогубства є серйозною суспільною проблемою, а тому поглиблене вивчення психологічних механізмів суїцидальної поведінки, зокрема зв'язку психологічних травм на ризик суїциду у молоді, має суттєве значення для розробки ефективних подальших методів профілактики для молоді, яка страждає на суїцидальні думки, а також створення програм психологічної допомоги для людей, які у своєму житті стикалися з травмуючими подіями.

Наукова новизна цієї роботи полягає в поглибленому вивченні зв'язку між травматичними подіями та суїцидальною поведінкою молоді, зокрема у контексті психологічних механізмів, які можуть спричиняти її розвиток. На цей момент існують дослідження, в яких звертається увага на окремі аспекти цієї проблеми, але недостатньо використано саме інтегративний підхід, що враховує різні типи травмуючих подій і їх вплив на психіку молодих людей.

Об'єкт: психічний стан молоді, яка пережила травматичні події.

Предмет: зв'язок травматичних подій та ризику суїциду у молоді.

Мета: вивчення взаємозв'язку між травматичними подіями та ризиком суїциду у молоді.

Завдання кваліфікаційної роботи:

1. Провести огляд сучасної наукової літератури щодо зв'язку травматичних подій на психічного здоров'я у молоді.
2. Проаналізувати травматичні події та психологічні травми, які може переживати молодь.

3. Вивчити особливості сприйняття соціальної підтримки у молоді.
4. Визначити ризик суїцидальної поведінки в молоді.
5. Дослідити взаємозв'язок психологічних травм та розвитку суїцидальної поведінки в молоді.

Гіпотези дослідження:

Гіпотеза №1:

Існує взаємозв'язок між психологічними травмами та розвитком суїцидальної поведінки у молоді.

Гіпотеза №2:

Сприйняття соціальної підтримки у молоді має зв'язок із переживанням психологічних травм.

Методи дослідження

У даній роботі було використано аналіз теоретичного матеріалу, а також такі психодіагностичні методики, як:

1. Тест 5 травм Л. Бурбо.
2. Опитувальник дитячої травми (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF) Д. Бернштейн.
3. Шкала ургентної оцінки суїцидального ризику (SAD PERSONS Scale) В. Паттерсон.
4. Шкала для оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI) (A. Beck et al., 1979).
5. Багатофакторна шкала соціальної підтримки, що сприймається (MSPSS) Г. Зімет

Методи математичної статистики:

1. Дескриптивний аналіз.
2. Порівняльний аналіз за методом Манна-Уїтні.

3. Кореляційний аналіз за методом Ч. Спірмена.

Характеристика вибірки: у дослідженні беруть участь 82 молоді особи віком 20-25 років. Вибірка поділена на дві групи залежно від наявності пережитого минулого досвіду у дитячо-підлітковому віці.

Перша група включає 40 осіб, які не мають вираженої травматизації, середній вік досліджуваних - 22,7 років. Серед досліджуваних даної групи налічується 23 жінки та 17 чоловіків.

Друга група складається з 42 осіб, які пережили дитячі травми і наразі продовжують переживати їхні наслідки, середній вік досліджуваних 22,1 рік. Серед досліджуваних даної групи налічується 19 жінок та 22 чоловіка.

Досліджувані є студентами різних закладів вищої освіти України та проживають в різних містах країни. Опитування досліджуваних відбувалось в режимі онлайн.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ТРАВМАТИЧНИМИ ПОДІЯМИ І РИЗИКОМ СУЇЦИДУ У МОЛОДІ

1.1 Сутність поняття психологічної травми, їх форми, види та ефекти дії.

Існує багато різноманітних варіацій визначення поняття психологічної травми, але усіх їх можна звести до наступного: вона є залишковим явищем серйозних емоційних переживань особистості, викликаним зовнішніми подразниками, які породжують психологічний дискомфорт та чинять негативний вплив на психіку людини, порушуючи її здатність адаптуватися до звичних умов життя.

Психологічна травма - або психотравма, характеризується тим, що змінює звичний спосіб існування людини. Травматичний досвід порушує відчуття людиною безпеки, контролю та стабільності, і перевищує її емоційні ресурси, що робить неможливим для неї перероблення отриманих у моменті негативних переживань і тому викликає тривалі наслідки для її психічного здоров'я. [2]

Психотравмувальну ж ситуацію можна схарактеризувати, як ту, що зумовлена впливом певних соціальних, природних, інформаційних, особистісних та інших чинників на людину, і супроводжується зростанням психологічного напруження, порушенням механізмів адаптації людини та ушкодженням її психологічного світу. [1]

На жаль, на цей момент не існує єдиної наукової класифікації видів психологічних травм, оскільки різні дослідники та школи психології

розрізняють їх залежно від підходів до аналізу того, як травмуючі ситуації впливають на психіку.

Не зважаючи на таку розрізненість даної проблеми у розумінні науковців, можна виділити кілька найбільш впливових та докладних класифікацій, які було виведено під час дослідження психологічних травм.

О. А. Резнікова, наприклад, аналізує психотравми за наступними характеристиками [10]:

- Кількісні критерії (сила та тривалість);
- Зміст;
- Джерела (людина та природа).

За першим критерієм виділяються наступні види психологічних травм:

1. Шок, надсильна, катастрофічна і раптова травма.
2. Психотравмуючі ситуації, пов'язані з короткостроковими діями, що є несподіваними та ситуативно гострими (як, наприклад, втрата високого соціального статусу).
3. Хронічні психотравмуючі ситуації, стани, що трансформуються упродовж багатьох років життя людини.

За змістом психологічних травм була розроблена класифікація Францом Рупертом, який розрізняв [10]:

1. Екзистенційну травму (насильство, нещасні випадки).
2. Травма втрати.
3. Травма прихильності (відмова від поваги, любови).
4. Травма системних стосунків (інцест, вбивство).

В. О. Климчук, досліджуючи національну мережу посттравматичного стресу у США, описує наступні травми [13]:

- булінг чи мобінг (навмисні дії з боку інших людей, що супроводжуються наміром завдати соціальної, емоційної, та\або психологічної шкоди);
- насильство в суспільстві (спричинене у громадських місцях людьми, які не є для суб'єкта близькими);
- комплексна травма (кілька травматичних подій, часто

міжособистісного характеру);

- катастрофи (стихійні лиха, такі як землетруси, урагани, пожежі, цунамі, екстремальні погодні явища та подібне);
- травма раннього дитинства (яка, як правило, переживається дитиною від народження і до шести років);
- насильство з боку інтимного партнера;
- медична травма;
- фізичне насильство (дії, які завдають фізичної шкоди людині);
- травма переселення (міграція, біженство);
- сексуальне насильство;
- тероризм, масове насильство.

Ще одну цікаву класифікацію надає Р. Кеслер, який розглядає психологічні травми залежно від їх частоти та прогностичного значення для розвитку ПТСР. За частотою провідного травмуючого фактора ушкодження він надає у порядку спадання [8]:

- бути свідком насильства або нещасного випадку;
- аварії та нещасні випадки;
- стихійні лиха та пожежі;
- погроза застосування зброї;

- фізичне насильство;
- сексуальне домагання;
- зґвалтування;
- жорстоке поводження;
- участь у бойових діях;
- зневага людиною.

Наявність різних класифікацій надає можливість досліджувати різні підходи до аналізу психотравм, що може бути корисним як для наступних досліджень, так і для практичного застосування у психологічному консультуванні та психотерапії.

1.2 Травматичні події та їх вплив на психічне здоров'я молоді.

Будь-яка психотравмуюча ситуація характеризується суб'єктивністю та можливістю віддалених у часі наслідків для психіки особистості.

Така суб'єктивність пояснюється насамперед тим, що провідна роль у процесі травматизації надається саме переживанню і розумінню ситуації людиною, її ставленню до неї та інтерпретації подій. [4]

Таким чином, подія, яка для однієї людини буде мати психотравмуючі наслідки, може не мати жодного негативного впливу на іншу, тому що не містить для неї суб'єктивної значущості.

Віддаленість наслідків, своєю чергою, відбувається через недостатню кількість внутрішніх ресурсів, які людина може виділити на обробку та адаптацію до того, що з нею відбувається. Можна стверджувати, що те, чи має подія наслідки взагалі, залежить від того, як людина реагує на неї саме у

моменті її переживання. З цього можна вивести, що саме індивідуальні особливості особистості є важливою детермінантою, що визначає вплив травматичної події на психіку людини.

Досліджуючи наслідки перебування людини у травматичній ситуації, потрібно розрізняти, власне, конкретні її наслідки, та наслідки розвитку у постраждалого психічної травми, якщо така є в наявності.

Так, до наслідків травмуючих подій можна відносити формування психологічної травми та інші нервово-психічні порушення, а також такі вагомні соціальні наслідки, як зміна соціального статусу, місця проживання та оточення, та інші, що можуть впливати на людину.

Досліджуючи наслідки перебування у травмуючих ситуаціях, неможливо також не відокремити процес нормального переживання психологічної травми - тобто той, у якому людина поступово відновлюється від неї, від процесу патологічного, котрий веде до розвитку різноманітних патологічних станів, хронічних порушень та змін.

Механізми, через які травматичні події впливають на психіку, є комплексними та багаторівневими. На рівні нервової системи травма може впливати на нейрохімічні процеси мозку, зокрема, на рівень гормонів стресу, таких як кортизол, що призводять до змін в емоційних реакціях людини.

Винятковою чутливістю до зовнішнього впливу через емоційну нестійкість і процеси активного формування особистості характеризується молодий вік. Особливо слабкими механізми психологічного контролю є у дітей на підлітків, що робить їх дуже вразливими до стресових подій і ускладнює можливість адаптації до травматичних ситуацій. [7]

Люди, які вже є схильними до соціальної ізоляції та ігнорування власних емоційних переживань, також можуть бути більш вразливими для негативних наслідків травми.

Результати досліджень показують, що підлітки, які пережили серйозні травмуючі події, мають вищий рівень психічних розладів, ніж їх однолітки, які з подібними ситуаціями не стикалися. [20]

Виділяючи основні тенденції самодеструктивної поведінки, яка характерна для підлітків, необхідно вказати наступні [15]:

1. Самодепривація емоційної сфери, яка проявляється у придушенні власних почуттів та емоцій, свідомому або ні. Така поведінка часто є обумовленою страхом перед засудженням, неприйняттям оточенням відчуттів людини, та може призводити до емоційного виснаження та ізоляції.
2. Аутоагресивні тенденції, що проявляються у діях, направлених на завдання собі шкоди, і викликані неможливістю виразити негативні емоції іншим способом.
3. Ригідність та негнучкість, які проявляються як труднощі або навіть нездатність до адаптації в усіх сферах життя людини.
4. Посилене утворення акцентуацій характеру - загострення окремих рис особистості, таких як агресивність, тривожність та інші.
5. Відмова від власних досягнень, цінностей, через низьку самооцінку та залежність від зовнішньої валідації.

Таким чином, молодь, яка пережила травму, може мати труднощі з соціальною адаптацією - що також ускладнює процес відновлення психіки, оскільки соціальна підтримка є важливим фактором у зменшенні впливу травматичних подій на людину; зниженні самооцінки; проблем з самоідентифікацією; а також ризиком розвитку психічних розладів, таких як

посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожні розлади, фобії та інше. [3]

Психосоматичні наслідки травматичного впливу також мають значну вагу. Так люди, які мали психотравмуючий досвід, можуть стикатися з проблемами зі сном, головними болями тощо. Серед емоційних проявів, викликаних психотравмами, можна виділити середній та високий рівень тривожності, агресивність, фрустрацію, ригідність, стрес та психоемоційне напруження, а також симптоми депресії.

Молодь, яка мала досвід травмуючих подій, нерідко відчуває себе відчуженою від своїх однолітків. Вона може втратити здатність довіряти оточенню, почати сумніватися у власній цінності, що призведе до появи внутрішніх конфліктів та почуттю ізоляції. [12]

Наслідки пережитих травм можуть серйозно впливати на когнітивні здібності молодшої людини, викликаючи труднощі з концентрацією уваги, пам'яттю і прийняттям рішень. Це істотно утруднює як особистісне життя людини, так і процес навчання та вибір нею професійного шляху. Крім того, травматичні переживання часто призводять до кризи самооцінки, що стає вагомою перепорою для подальшого особистісного розвитку.

Оскільки молодь перебуває на етапі формування особистості, психологічні травми можуть мати тривалі наслідки для усіх сфер її життя, та значно ускладнювати адаптацію через порушення в емоційній сфері. У зв'язку з високим ризиком розвитку психічних розладів у молоді, що має травматичний досвід, є необхідною психологічна підтримка, яка є особливо ефективною на ранніх етапах після його отримання, і може запобігати

розвитку симптомів травматичного стресу, тривоги, та інших психічних порушень.

1.3 Травматичні події як фактор ризику суїцидальних спроб у молоді.

Проблема суїцидальної поведінки - поведінки, яка містить думки про суїцид, планування самогубства, суїцидальні спроби та сам суїцид - серед молоді є надзвичайно актуальною для сучасної психології та психіатрії через її розповсюдженість та важливість. [14]

Як вже було зазначено, молода популяція є дуже вразливою для різноманітних психічних розладів через її емоційну нестійкість і слабкість психічних механізмів захисту, а переживання травматичних подій є одним з основних чинників, що може підвищувати ризик суїцидальної поведінки. [11]

Наукові дослідження показують, що травматичні переживання, такі як насильство, смерть близьких, соціальна ізоляція, знущання, та інші психологічні травми, можуть значно впливати на психічне здоров'я молоді - наприклад, було визначено, що близько 70-80% підлітків, які здійснили суїцидальні спроби, пережили одну або кілька травмуючих подій у своєму житті. [17]

І тому дослідження того, як саме травмуючі події можуть підвищувати ризик суїциду, і які фактори можуть цей ризик знижувати, є неймовірно актуальними для подальшого вивчення. Огляд вже наявних наукових досліджень, в свою чергу, дозволяє краще зрозуміти, як саме травма може змінювати психоемоційний стан людини та впливати на ризик розвитку суїцидальної поведінки.

Розгляд досліджень можна почати з таких науковців, як Jennifer Krafft, E. Tish Hicks, Sallie A. Mack та Michael E. Levin, які розглядали вплив не стільки травматичного досвіду, скільки сам спосіб реагування на нього, який стає причиною суїцидальної поведінки. Ними було висунуто припущення, що у відповідь на травму може формуватися певний негнучкий спосіб реагування, і саме таке жорстке контролювання особою своєї реакції, яке може ставити те, що є для неї цінним, під загрозу, призводить до суїцидальних думок, збільшення їх інтенсивності. В дослідженні брало участь понад 600 студентів, і було перевірено взаємозв'язки між психологічною негнучкістю та дистресом, когнітивними процесами, структурою цінностей прогнозування суїцидальних думок, адже вона є взаємопов'язаною з дистресом. [23]

Цікавими також були дослідження Caulfield Nicole M., Peter M. Gutierrez, Katherine Anne Comtois, Lora L. Johnson, Stephen S. O'Connor та David A. Jobes, які показали, що сам травматичний досвід як явище може позначатися на змісті суїцидальних спроб по-різному, аналізуючи суїцидальний зміст у військових, які проходять дійсну службу, та ветеранів, і знаходячи значні відмінності навіть за наявності схожого досвіду. [19]

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є ще одним серйозним наслідком травматичних подій, який може спричинити розвиток суїцидальних думок і спроб. ПТСР характеризується тривалим переживанням стресових ситуацій, що повторно активуються у вигляді спогадів, кошмарів, або відчуттів, схожих на оригінальну травму. Посттравматичний стрес може бути настільки вираженим, що людина не здатна справлятися з емоційним болем і починає думати, що найкращим виходом із ситуації буде суїцид. [7].

У багатьох випадках, ПТСР у молоді поєднується з іншими психічними розладами, такими як депресія або тривожні розлади. Таке поєднання істотно підвищує ймовірність суїцидальних спроб, оскільки посттравматичний стрес викликає постійну емоційну напругу, а депресія знижує здатність до адаптації та справляння з труднощами життя. [25]

Лікарі виділяють певні фактори, що потенціюють суїцидальний ризик серед пацієнтів із ПТСР. До них відносять [11]:

- фактори, які є відомими з анамнезу (наприклад, вже наявні у минулому суїцидальні дії, у родині, психотравми в анамнезі, наявність хронічної соматичної патології і подібне);
- клінічні фактори (наявність депресивної симптоматики, тривожних та панічних розладів, негативне світосприйняття);
- фактори, що пов'язані із особистістю (наявність акцентуацій, незрілість особистості, відчуття провини, низька самооцінка, завищені вимоги до себе);
- психологічні фактори (середовище, у якому знаходиться пацієнт; відсутність підтримки від оточуючих; руйнування ідеалів та цінностей людини);
- психосоціальні фактори (матеріальне становище, наявність релігійних або моральних установ, соціальна ізоляція);
- етнокультуральні фактори (світогляд людини, її виховання);
- супутні фактори.

Спираючись на цю інформацію, взаємозв'язки між ПТСР та самогубством можна вважати важливою низкою досліджень.

Відштофхуючись від того, що сьогодні визнається, що сам факт наявності у людини посттравматичного стресового розладу може збільшувати її суїцидальний ризик, дослідники Anna Lisa Westermair, Nico Matzkeit, Annika Waldmann, Felix Stang, Peter Mailänder, Ulrich Schweiger і Tobias Kisch вивчали самогубство як фактор розвитку ПТСР. Їх дослідження базувалося на тому факті, що психологічна травма є головним фактором розвитку посттравматичного стресового розладу, і вони порівнювали осіб, які зазнали травм з нещасних випадків, з тими, хто навмисно вчинив собі шкоди та здійснив суїцидальну спробу. Дослідження показало, що навмисність травми передбачала тяжкість інтрузії, уникнення, гіперактивності та можливого ПТСР. Автори дійшли висновку, що травма, пов'язана з суїцидом, може бути невідомим фактором ризику розвитку ПТСР, і що пацієнти повинні перебувати під наглядом для виявлення ознак цього розладу після суїцидальних спроб. [26]

Дослідження Masoud Kamali, Erika F. H. Saunders, Shervin Assari, Kelly A. Ryan, David F. Marshall та Melvin G. McInnis, певним чином поєднало низку досліджень емоційних проблем та травматичного досвіду. Вчені порівняли травму, особистісні риси, психопатологію, зловживання психоактивними речовинами та рейтинги настрою як предиктори ризику самогубства. Вони виявили, що травма, риси особистості та вживання психоактивних речовин тісно корелюють із суїцидальною поведінкою при біполярному розладі, а симптоми настрою є найнадійнішими предикторами суїцидальності в багатовимірних моделях. Вони підкреслили атрибутивну роль настрою і тривоги в оцінці ризику суїциду. У дослідженні оцінювали настрої, особистісні та клінічні характеристики 151 людини з біполярним розладом на початковому етапі та через два роки. За допомогою

двофакторного аналізу було виявлено, що особистісні показники суттєво відрізняються між біполярним розладом і здоровими людьми, а також між біполярним розладом і тими, хто мав суїцидальні спроби в анамнезі. Регресійний аналіз показав, що початковий рівень депресії, манії, тривоги, травми, освіти та вік початку біполярного розладу корелювали з особистісними рисами, але такого зв'язку не було виявлено для осіб з суїцидальними спробами в анамнезі. [22]

Загалом, один із ключових механізмів взаємозв'язку між травмою та суїцидальними тенденціями полягає в зміні когнітивних схем. Переживши травму, людина може почати вірити, що вона не має контролю над своїм життям або що її життя не має цінності. Такі когнітивні перекручення створюють підґрунтя для розвитку суїцидальних думок. [7]

Переживання травми, особливо серйозних або повторюваних стресів наприклад, насильства в родині чи сексуальних зловживань, може призвести до серйозних змін у біохімії мозку, що сприяє розвитку депресивних симптомів. Сама ж депресія, як правило, характеризується відчуттям безпорадності, зниженням енергії та інтересу до життя, а також наявністю постійних негативних думок, зокрема щодо себе та свого майбутнього. Ці симптоми значно підвищують ризик суїцидальних спроб. [5]

Згідно з дослідженням, опублікованим в *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, депресія є основною причиною розвитку суїцидальних спроб серед молоді, і дуже часто вона виникає внаслідок пережитих травматичних подій. Особливо високий ризик суїцидальних спроб спостерігається серед тих, хто пережив втрату близьких людей або став жертвою насильства, оскільки такі події порушують емоційну стабільність і створюють умови для розвитку хронічного стресу. [24]

Зв'язок між травматичними подіями та суїцидальною поведінкою не обмежується лише індивідуальними психічними наслідками, а також взаємодіє з соціальним середовищем і культурними контекстами. Важливими чинниками, які можуть посилити ризик суїцидальних спроб після травми, є соціальна ізоляція, дискримінація, відсутність підтримки або відчуття безсилля перед соціальними структурами. [9]

Молоді люди, які пережили травму, часто зіштовхуються з труднощами в адаптації до соціуму. Вони можуть переживати відчуття ізоляції, не знаходити розуміння та підтримки серед своїх ровесників чи навіть в родині. Таке відчуття безпорадності в соціальних відносинах може стати ще одним поштовхом до розвитку суїцидальних думок. [18]

У випадках, коли молодь відчуває, що вона не має можливості вплинути на свою ситуацію або отримати допомогу від оточення, суїцид може здаватися єдиним виходом із ситуації. Особливо це характерно для осіб, які пережили насильство в родині, сексуальні зловживання або інші форми емоційного та фізичного насильства, що викликають у них відчуття безвиході і безнадії щодо майбутнього. [6]

Хоча травматичні події можуть стати основним чинником ризику для суїцидальних спроб, наявність соціальної підтримки та особистісних ресурсів здатні значно зменшити цей ризик. Підтримка з боку близьких людей, друзів або фахівців може допомогти людині справитися з пережитим стресом і адаптуватися до нових умов.

Соціальна підтримка включає емоційну підтримку (розуміння, прийняття), інформаційну підтримку (надання порад і ресурсів для вирішення проблем) і соціальну інтеграцію (залучення до групи, активності, що сприяють нормалізації емоційного стану). Важливо, щоб особа, яка пережила

травму, могла відчувати себе частиною соціальної мережі, в якій її підтримують і допомагають відновити психологічну стійкість. [16]

Людина, яка після зіткнення з травматичною ситуацією не отримує соціальної підтримки, може почувати себе покинутою, безпорадною, нездатною до здорової емоціональної регуляції, і стрес у таких мовах може тривати довше та бути більш інтенсивним, що є фактором ризику погіршення її психічного стану. [7]

Підсумовуючи, зв'язок між травматичними подіями та суїцидальною поведінкою є багатограним і залежить від різних психічних, соціальних та культурних факторів. Травми можуть серйозно змінити емоційний стан людини, призвести до розвитку депресії, ПТСР та інших розладів, що значно підвищують ризик суїциду. Однак важливо підкреслити, що наявність соціальної підтримки, а також особистісні ресурси, такі як здатність до адаптації та саморегуляції, можуть значно цей ризик зменшити. Тому запобігання суїцидальній поведінці серед молоді має включати як індивідуальну психологічну допомогу, так і зміцнення соціальної підтримки для тих, хто пережив травматичні події.

Висновки до розділу 1

У процесі аналізу наукової літератури щодо зв'язку травматичних подій на психічне здоров'я молоді було вивчено, що сама наявність у людини психологічної травми, яка є наслідком її перебування у травмуючій ситуації та полягає в глибокому емоційному впливі на людину, має негативну дію на її

психіку через породження психологічного дискомфорту та формування дезадаптивної поведінки у подальшому житті.

Залежно від сили, тривалості, змісту та джерела травмуючої події, а також особистісних чинників - тобто того, як сама людина ставиться до цієї події, як її сприймає та обробляє, травма може по-різному засвоюватися та розвиватися у різних індивідів.

Одним з факторів, який, як було вивчено, підвищує ризик негативних наслідків психологічної травми, є молодий вік людини. Було досліджено, що через емоційну нестійкість та слабкість захисних механізмів психіки, молоді люди схильні мати труднощі з адаптацією до травмуючих ситуацій та сильніше переживати їх наслідки.

Було підтверджено, що соціальна підтримка є дуже важливим фактором у тому, як буде змінюватися психічний стан особистості, яка зазнала травми. Людина, яка має можливість бути почутою та ділитися своїми переживаннями, відчуватиме себе важливою для оточення, тією, що має власне життя під контролем та більш впевненою у собі, а та, яка, своєю чергою, цієї підтримки не отримує, може зіткнутися з відчуттями покинутості та ізолюваності, що значно знизить її здатність до здорової емоціональної регуляції й подальшого видужання.

Спираючись на дослідження самодеструктивної поведінки, яку схильні розвивати люди молодого віку, які зазнали психологічних травм, можна зробити висновки, що отримання ними соціальної підтримки може значно ускладнюватися через самодепривацію емоційної сфери, посилене утворення акцентуацій характеру, таких як агресивність і тривожність, низьку самооцінку, ригідність у різних сферах життя, аутоагресивні та іноді навіть мазохістські тенденції. Такі патерни поведінки можуть викликати соціальну

ізоляцію, і молодь, яка через наявні психологічні травми вже відчуває себе відчуженою від оточення, може мати значні труднощі з тим, щоб шукати допомоги у близьких, і, в результаті, не отримувати необхідних для неї підтримки, валідації її почуттів та досвіду, і відчуттів приналежності і безпеки, що буде ускладнювати нормалізацію емоційного стану.

Після опрацювання масиву наукових досліджень, було зроблено висновок, що психологічні травми є одним з найважливіших чинників розвитку суїцидальної поведінки. Травма завжди викликає у людини певне почуття втрати контролю та недовіри до світу, у деяких випадках навіть почуття безнадії через неможливість вплинути на власну долю.

Усі ці переживання можуть викликати серйозні негативні зміни в емоційному стані людини, її здатності до саморегуляції може погіршитися, а впевненість у собі та своєму майбутньому знизитися, або зникнути взагалі.

Така кількість стресу може призводити до виникнення суїцидальних думок сама по собі, але також здатна впливати на розвиток у людини психічних захворювань та інших патологічних станів, симптомом яких може бути суїцидальна поведінка.

Було виявлено, що молоді люди, які пережили травму, часто зіштовхуються з труднощами в адаптації до соціуму, що може викликати соціальну ізоляцію та ускладнювати отримання психологічної підтримки, необхідної для нормалізації психічного стану та відновлення особистісних ресурсів.

Молодь, яка перебуває на етапі формування особистості, може зазнавати серйозних ушкоджень від зіткнення з травмуючими ситуаціями, і зберігати ці наслідки на усе своє життя, і тому особливо потребує своєчасної діагностики та психологічної підтримки, яка, якщо є наданою своєчасно та

професійно, може значно знизити ризик розвитку травматичного стресу, депресивних та тривожних розладів, суїцидальної поведінки та інших патологічних станів.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ТРАВМАТИЧНИМИ ПОДІЯМИ І РИЗИКОМ СУЇЦИДУ У МОЛОДІ

2.1. Мета та завдання дослідження

Мета дослідження - вивчення взаємозв'язку між травматичними подіями та ризиком суїциду у молоді.

Завдання емпіричної частини кваліфікаційної роботи:

1. Вивчити особливості сприйняття соціальної підтримки у молоді.
2. Визначити ризик суїцидальної поведінки в молоді.
3. Дослідити взаємозв'язок психологічних травм та розвитку

суїцидальної поведінки в молоді Гіпотези

дослідження:

Гіпотеза №1:

Існує взаємозв'язок між психологічними травмами та розвитком суїцидальної поведінки у молоді.

Гіпотеза №2:

Сприйняття соціальної підтримки у молоді має зв'язок із переживанням психологічних травм.

2.2. Характеристика вибірки досліджуваних

У дослідженні беруть участь 82 молоді особи віком 20-25 років. Вибірка поділена на дві групи залежно від наявності пережитого травмуючого досвіду у дитячо-підлітковому віці.

За результатами проведення методики ми мали змогу виділити 2 основні групи досліджуваних.

Перша група включає 40 осіб, які не мають вираженої травматизації, тобто їхній досвід не включає травматичних подій, що мали значний вплив на їхній психоемоційний стан. Середній вік досліджуваних першої групи - 22,7 років. Серед досліджуваних даної групи налічується 23 жінки та 17 чоловіків.

Друга група складається з 42 осіб, які пережили дитячі травми і наразі продовжують переживати їхні наслідки, що може проявлятися у вигляді різноманітних емоційних, поведінкових або психосоматичних розладів. Середній вік досліджуваних 22, 1 рік. Серед досліджуваних даної групи налічується 19 жінок та 22 чоловіка.

Досліджувані є студентами різних закладів вищої освіти України та проживають в різних містах країни. Опитування досліджуваних відбувалось в режимі онлайн.

2.3. Характеристика методів та методик дослідження

Для досягнення поставленої мети та завдань дослідження, ми використали наступні методики дослідження

1. Тест 5 травм Л. Бурбо – дана методика є унікальним інструментом дослідження внутрішніх конфліктів особистості, пов'язаних із переживанням травматичних подій у дитинстві. Тест складається із 40 питань, на котрі досліджуваним необхідно було відповісти «так» або «ні». В контексті методики є можливість проаналізувати такі основні травми як:

- Відкидання
- Залишення
- Приниження
- Зрада
- Несправедливість

2. Опитувальник дитячої травми (Childhood Trauma Questionnaire , CTQ-SF) Д. Бернштейн – дана методика дозволяє вивчити ретроспективну оцінку пережитого дитячого травматичного досвіду, що може мати свій вплив на життя особистості в більш дорослому віці. Опитувальник містить 28 питань, на котрі досліджуваним необхідно було відповісти за шкалою від «ніколи не було» до «дуже часто буває».

В контексті методики можливо дослідити особливості проявів за такими травмами:

- Емоційне насильство

- Фізичне насильство
- Сексуальне насильство
- Емоційна зневага
- Фізична зневага

3. Шкала ургентної оцінки суїцидального ризику (SAD PERSONS Scale) В. Паттерсон – дана методика направлена на вивчення загального ризику суїциду у досліджуваної молоді. Методика складається з 10 пунктів, що характеризують різні фактори суїциду. На надані питання необхідно поставити позначку 1 або 2, що говорить про те, присутня чи відсутня представлена ознака. За результатами дослідження ми мали змогу визначити загальний показник ризику суїциду досліджуваних.

4. Шкала для оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI) (A. Beck et al.) – дана шкала дозволяє вивчити особливості суїцидального мислення досліджуваних, тобто не лише загальний ризик суїциду, а ще і передумови суїцидальної поведінки, а також відомості про практичні спроби здійснення самогубства. Опитувальник складається з 21 питання, на котрі досліджуваним необхідно було відповісти за шкалою від 0 до 2, відповідно до наявності або відсутності даної ознаки.

Результати дослідження відображаються у таких шкалах:

- Ставлення до життя/смерті
- Характеристики суїцидальної ідеаторної активності
- Характеристики можливої суїцидальної спроби
- Реалізація можливого суїциду
- Передумови для здійснення суїциду
- Загальний рівень суїцидального ризику

5. Багатофакторна шкала соціальної підтримки, що сприймається (MSPSS) Г. Зімет – дана методика дозволяє визначити особливості

сприйняття досліджуваними молодими людьми соціальної підтримки. Опитувальник складається з 12 питань, на котрі досліджуваним необхідно було відповісти за шкалою від «дуже не згоден» до «дуже згоден». Соціальна підтримка, в контексті даної методики може надходити до особистості з трьох основних «каналів»:

- Сім'я
- Друзі
- Близькі люди

Для статистичної обробки отриманих за методиками даних було використано наступні методи математичної статистики:

1. Дескриптивний аналіз – даний статистичний метод дозволив нам виявити середні показники за всіма досліджуваними шкалами. Також саме за допомогою його методу ми мали змогу поділити досліджуваних на дві досліджувані групи за рівнем вираженості травматизації.

2. Порівняльний аналіз за методом Манна-Уїтні – даний непараметричний метод дозволив нам проаналізувати показники різниці між двома групами досліджуваних за всіма досліджуваними шкалами.

3. Кореляційний аналіз – даний метод дозволив нам виявити зв'язки між травматичними подіями, ризиком суїциду та рівнем соціальної підтримки.

2.4. Результати дослідження та їх інтерпретація

Першими ми проаналізуємо результати дослідження травматизації у досліджуваних молодих людей. Дане дослідження дозволило нам розділити досліджуваних на дві підгрупи, залежно від вираженості травматизації.

Першими ми проаналізуємо результати дослідження п'яти основних травм, що можуть проявлятися у особистості в більш усвідомленому віці.

Результати дослідження представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати дослідження п'яти травм

	І група		ІІ група	
	Середнє	Ст. відх.	Середнє	Ст. відх.
Відкидання	2,45	1,28	5,595	1,781
Покинутість	1,725	1,432	5,69	1,841
Прийняття	2,225	1,702	5,214	1,704
Зрада	2,025	1,5104	5,452	1,742
Несправедливість	2,4	1,5492	6,0	1,623

Результати методики «Тест п'яти травм» Ліз Бурбо в обох досліджуваних групах вказують на наявність дійсної різниці між показниками в двох досліджуваних групах.

До першої групи увійшли досліджувані молоді люди, котрі не мають вираженої травматизації, тож середні показники за всіма досліджуваними шкалами, як ми можемо побачити, є набагато нижчими, ніж у другій групі, де у молодих досліджуваних середні показники є набагато вищими.

Такі показники можуть стати основою для попереднього підтвердження гіпотези щодо того, що саме травматизація може бути підґрунтям для формування внутрішніх гострих психоемоційних реакцій, котрі у подальшому стають фоном для появи суїцидальних намірів.

За результатами дослідження ми можемо побачити, що найбільш виразним показником серед групи із вираженою травматизацією є несправедливість. Це може свідчити про те, що молоді люди другої групи

глибоко переживають досвід минулого, наприклад нечесне або непослідовне поведження, відсутність емоційної підтримки в дитинстві. Через це у досліджуваних могло сформуватись відчуття, що світ є ворожим, що, у свою чергу, могло призвести до внутрішньої напруги, почуття гніву, замкнутості. Саме така картина може бути передумовою формування суїцидальних думок у молоді.

Також достатньо високими є показники за шкалами покинутості та відкидання. Такі результати можуть свідчити про виражену потребу в стабільних підтримуючих відносинах і одночасно — про страх бути залишеним.

У молоді з наявними подібними формами травматизації часто формуються специфічні моделі прив'язаності, які можуть виявлятися в емоційній залежності, підвищеній тривожності у відносинах або, навпаки, у прагненні уникати близькості.

Середні значення за шкалами приниження та зради також значно вищі у другій групі порівняно з першою. Це свідчить про вірогідну знижену самооцінку, схильність до самозвинувачення та посилену внутрішню критику у молодих людей з травматичним досвідом.

У учасників без вираженої травматизації середні значення за всіма шкалами коливаються в межах низьких рівнів вираженості. Це свідчить про більш стійкий емоційний стан і відсутність виражених внутрішніх конфліктів.

Це може говорити про гармонійне середовище, в котрому зростали досліджувані, і саме це стало основою збалансованого відчуття світу, комфортного ставлення до життя та соціального середовища у більш дорослому віці.

Таким чином аналіз результатів дозволяє зробити висновок, для другої групи досліджуваних характерний високий рівень травматизації, особливо в аспектах несправедливості, покинутості, зради та приниження. Натомість для першої групи досліджуваних характерні низькі показники, що говорить про відчуття безпечного середовища, можливості здорового емоційного висловлювання та сформовану більшу емоційну стійкість у досліджуваних першої групи.

Для даної методики нами було проведено порівняльний аналіз показників, для котрого ми використали U-критерій Манна-Уїтні. Результати порівняльного аналізу висвітлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати порівняльного аналізу за тестом п'яти травм

	I група	II група	U	p
Відкидання	972	2431	152*	0
Покинутість	905	2498	85*	0
Приниження	1018,5	2384,5	198,5*	0
Зрада	952,5	2450,5	132,5*	0
Несправедливість	930,5	2472,5	110,5*	0

Примітка: * - значимі показники на рівні 0,05

Результати порівняльного аналізу за методикою «П'ять травм» Ліз Бурбо показують статистично значущі відмінності між двома досліджуваними групами молоді, що досліджуються. За всіма шкалами виявлено вкрай високий рівень достовірності наявних відмінностей.

Виявлено достовірні розбіжності у показниках за шкалами покинутості ($U = 85$; $p = 0,0$) та несправедливості ($U = 110,5$; $p = 0,0$), що вказує на те, що

сама друга група досліджених частіше переживають відчуття емоційної самотності, почуття зневаги та порушення базового почуття справедливості. Також достовірно суттєво вищі показники виявлені у другій групі за шкалами приниження ($U = 198,5$; $p = 0,0$), зради ($U = 132,5$; $p = 0,0$) та заперечення ($U = 110,5$; $p = 0,0$), що свідчить про наявність стійких внутрішніх переживань, здатних відбиватися на самооцінці, рівні тривожності, міжособистісних стосунках та загальному сприйнятті життя.

Таким чином, порівняльний аналіз демонструє, що молодь із дитячим травматичним досвідом має значно більш високі показники за всіма ключовими шкалами емоційних травм, що у подальшому може бути пов'язано зі зростанням ризику психоемоційної нестабільності.

Окрім показників п'яти основних травм за опитувальником Л. Бурбо, ми також проаналізуємо результати дослідження за основними дитячими травмами, висвітленими автором Д. Бернштейном. Результати дослідження представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження дитячої травми у молоді

	І група		ІІ група	
	Середнє	Ст. відх.	Середнє	Ст. відх.
Емоційне насилля	5,9	0,841	12,31	3,659
Фізичне насилля	5,925	0,888	6,071	0,808
Сексуальне насилля	5,625	0,490	5,452	0,504
Емоційна зневага	5,925	0,828	17,667	4,912
Фізична зневага	5,975	0,767	10,929	4,754

Результати за опитувальником дитячих травм (CTQ-SF) вказує на значні відмінності між двома групами молоді - з вираженою та невираженою

травматизацією у дитинстві. Ці відмінності дають змогу глибше зрозуміти вплив негативного досвіду раннього віку на психоемоційне функціонування особистості в юності.

В учасників із вираженою травматизацією показники суттєво вищі, особливо за шкалою емоційної та емоційного насильства. Ці цифри свідчать, що саме емоційні форми жорстокого поводження і брак турботи є найпоширенішими видами травматизації серед представників другої групи.

Такі результати можуть відображати, що в сімейних відносинах досліджуваних другої групи був присутній низький рівень емоційної культури, нестача емпатійного відгуку з боку батьків, а також схильність до байдужих чи жорстких виховних стратегій. Емоційні потреби дитини ігнорували, що згодом, імовірно, призвело до формування глибоких внутрішніх переконань щодо покинутості, відверженості, які підривають почуття власної цінності, безпеку та довіру до світу.

Показники за шкалами фізичного та сексуального насильства не продемонстрували таких виражених відмінностей між групами, а також знаходяться на низькому рівні вираженості. Це може про відсутність виражених подібних переживань.

Найбільш глибокі психоемоційні травми, за результатами дослідження, пов'язані саме з емоційною сферою: з нехтуванням, відсутністю визнання, недоліком теплого контакту з батьками або іншими значними дорослими. Емоційна зневага та емоційне насилля руйнує фундаментальну основу психологічної безпеки досліджуваних, може порушувати формування здорової самооцінки та спотворювати уявлення про себе та навколишній світ.

Таким чином, результати, отримані за допомогою опитувальника CTQ-SF, наголошують на те, що емоційна недоступність батьків та

ігнорування базових емоційних потреб дитини можуть завдавати глибоких і тривалих пошкоджень для досліджуваних другої групи.

Результати порівняльного аналізу за даною методикою представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

**Результати порівняльного аналізу особливостей дитячої травми у
молоді**

	I група	II група	U	p
Емоційне насилля	888	2515	68*	0
Фізичне насилля	1580,5	1822,5	760,5	0,4608
Сексуальне насилля	1805	1598	695	0,1786
Емоційна зневага	820	2583	0*	0
Фізична зневага	1008	2395	188*	0

Примітка: * - значимі показники на рівні 0,05

Результати порівняльного аналізу за методикою CTQ-SF показали статистично значущі відмінності між двома групами молоді за трьома ключовими шкалами: емоційне насильство, емоційна та фізична зневага.

Ці показники вказують на те, що саме дефіцит емоційної турботи, відсутність підтримки, визнання та тепла з боку батьків чи опікунів, а також систематичне ігнорування базових потреб стали найчастішими та руйнівними формами раннього негативного досвіду у представників другої групи.

Найбільш виражена відмінність було зафіксовано за шкалою емоційної зневаги ($U = 0$; $p = 0,0$), що свідчить про відсутність емоційної включеності дорослих у життя цих респондентів у дитячому віці. Діти, які виростили без почуття потреби, прийняття та захищеності, найчастіше формують глибинне

переживання самотності, непотрібності та відсутності цінності власного життя.

Висока значимість відмінностей за шкалою емоційного насильства ($U=68$, $p=0,0$) свідчить, що учасники другої групи нерідко стикалися з такими формами негативної взаємодії, як словесна агресія, приниження, знецінення, звинувачення чи постійна критика. Подібний досвід негативно позначається на самооцінці, підриває впевненість у собі та може призвести до формування стійкого відчуття нікчемності та власної безпорадності.

Статистично значимі показники за шкалою фізичної зневаги ($U = 188$: $p = 0,0$) також свідчать про те, що в дитинстві представники другої групи могли систематично ігноруватися базові фізичні потреби, що могло сформувати хронічну внутрішню напругу і відчуття, що досліджувані не заслуговують на елементарну турботу, що з часом може впливати на сприйняття своєї цінності як особистості.

У той же час, відмінності за шкалами фізичного та сексуального насильства не досягли статистично значущого рівня. Це може говорити як про меншу поширеність подібних форм насильства в досліджуваних групах.

Таким чином, отримані статистично значущі дані вказують на те, що для другої групи досліджуваних найуразливішою сферою для наслідків дитячих травм є емоційне функціонування. Ігнорування цієї галузі як у процесі виховання, так і в системах психосоціальної допомоги може мати негативні наслідки для психічного здоров'я молоді.

Наступними ми проаналізуємо результати вивчення суїцидального ризику у двох досліджуваних групах молоді, із вираженою та не вираженою травматизацією.

Першими ми проаналізуємо результати загального рівня ризику суїциду. Результати дослідження представлені на рисунку 2.1.

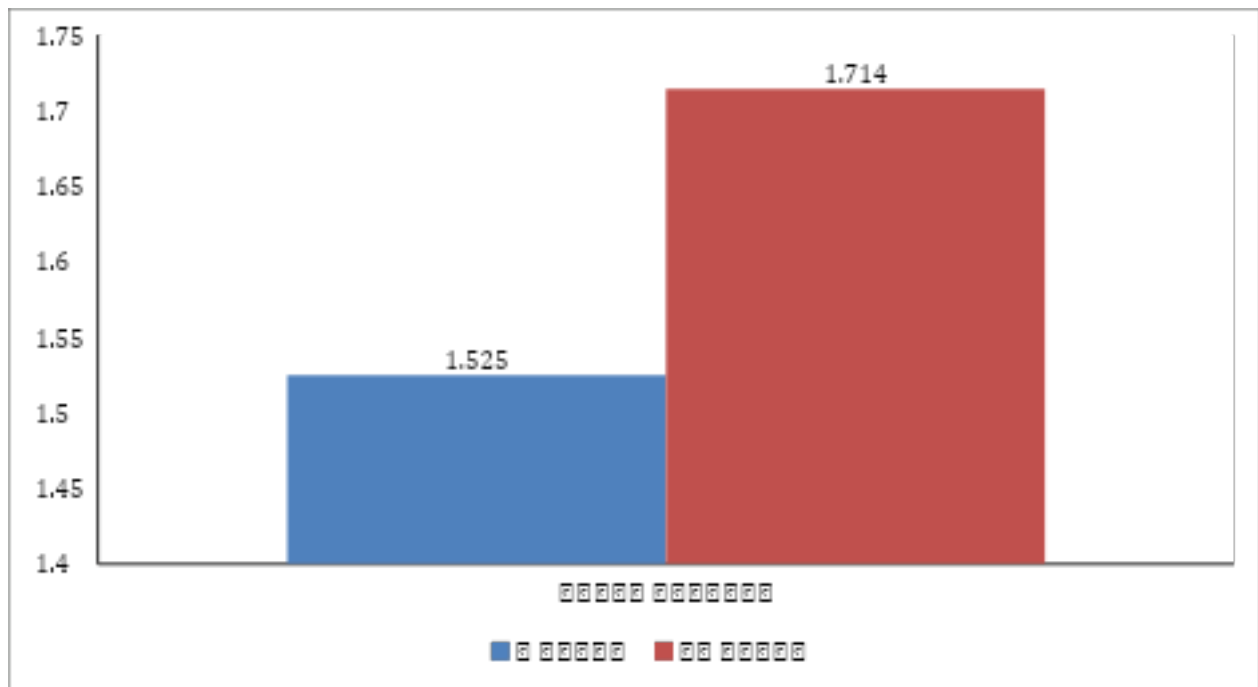


Рисунок 2.1. Результати дослідження загального рівня ризику суїциду

Аналіз даних, отриманих за шкалою оцінки суїцидального ризику, показав, що обидві досліджувані групи, як молодь без вираженого травматичного досвіду (група I), так і молодь, яка пережила травматизацію (група II), характеризуються вкрай низьким рівнем суїциду.

Це вказує на загальну стійкість та низьку схильність до суїцидальної поведінки серед учасників обох груп, незалежно від наявності чи відсутності в їхньому минулому психотравмуючих подій.

Подібні результати не суперечать висунутій гіпотезі про те, що травматичний досвід може бути фактором ризику, проте вони також демонструють, що його наслідки не завжди призводять до вираженого підвищення суїцидальної загрози.

Це може бути пов'язано з дією компенсаторних ресурсів, таких як наявність підтримуючого оточення, розвинені навички саморегуляції, позитивний життєвий досвід, а також успішне подолання наслідків травми внаслідок внутрішньої роботи особистості.

Таким чином, отримані дані наголошують на важливості комплексного підходу при оцінці суїцидального ризику, оскільки не достатньо враховувати лише наявність травматичного досвіду – необхідно також аналізувати індивідуальні ресурси, особливості особистісного розвитку та умови соціального середовища, що може стати перспективами подальших досліджень.

Таким чином ми можемо говорити про наявність низького рівня ризику суїциду в обох досліджуваних групах, що свідчить про більшу емоційну стабільність досліджуваних, навіть незважаючи на наявність травматизації.

За даною методикою також було здійснено порівняльний аналіз, результати котрого позначені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Результати порівняльного аналізу загального рівня ризику суїциду

	I група	II група	U	p
Ризик суїциду	1620,5	1782,5	800,5	0,714

Результати порівняльного аналізу показали відсутність статистично значимих відмінностей між двома групами молоді. Значення критерію Манна-Уїтні ($U = 800,5$; $p = 0,714$) вказує на те, що рівень суїцидального ризику в обох групах знаходиться приблизно на одному рівні.

Таким чином, важливо враховувати, що навіть за наявності травматичного минулого молоді люди можуть мати достатні адаптивні ресурси: розвинену саморегуляцію, що підтримує соціальне оточення, досвід звернення за допомогою, що дозволяє ефективно справлятися з емоційними труднощами та запобігати розвитку критичних станів.

Таким чином, травматичний досвід не є єдиним чи універсальним предиктором підвищеного ризику — вирішальними можуть стати поточні життєві обставини, які здатні як активізувати, так і пом'якшувати наслідки пережитих подій.

У контексті висунутих гіпотез результати наголошують на важливості розуміння не лише самого факту травматизації, а й суб'єктивного ставлення до неї, наявності чи відсутності ресурсів підтримки, рівня особистісної зрілості та поточних життєвих стресорів.

Наявність травми не обов'язково веде до формування ризику без впливу додаткових факторів, таких як гостра криза, соціальна ізоляція чи емоційне виснаження.

Наступними ми розглянемо результати дослідження особливостей суїцидального мислення досліджуваної молоді обох груп — що мають виражену травматизацію та не мають вираженої травматизації.

Дана методика дозволяє виявити не лише особливості загального рівня ризику суїцидальної поведінки, а і проаналізувати особливості ставлення до суїциду, готовність до його здійснення та навіть виявити, чи були впроваджені у особистості спроби до суїцидальної поведінки.

Результати дослідження за даною методикою представлені на рисунку 2.2.

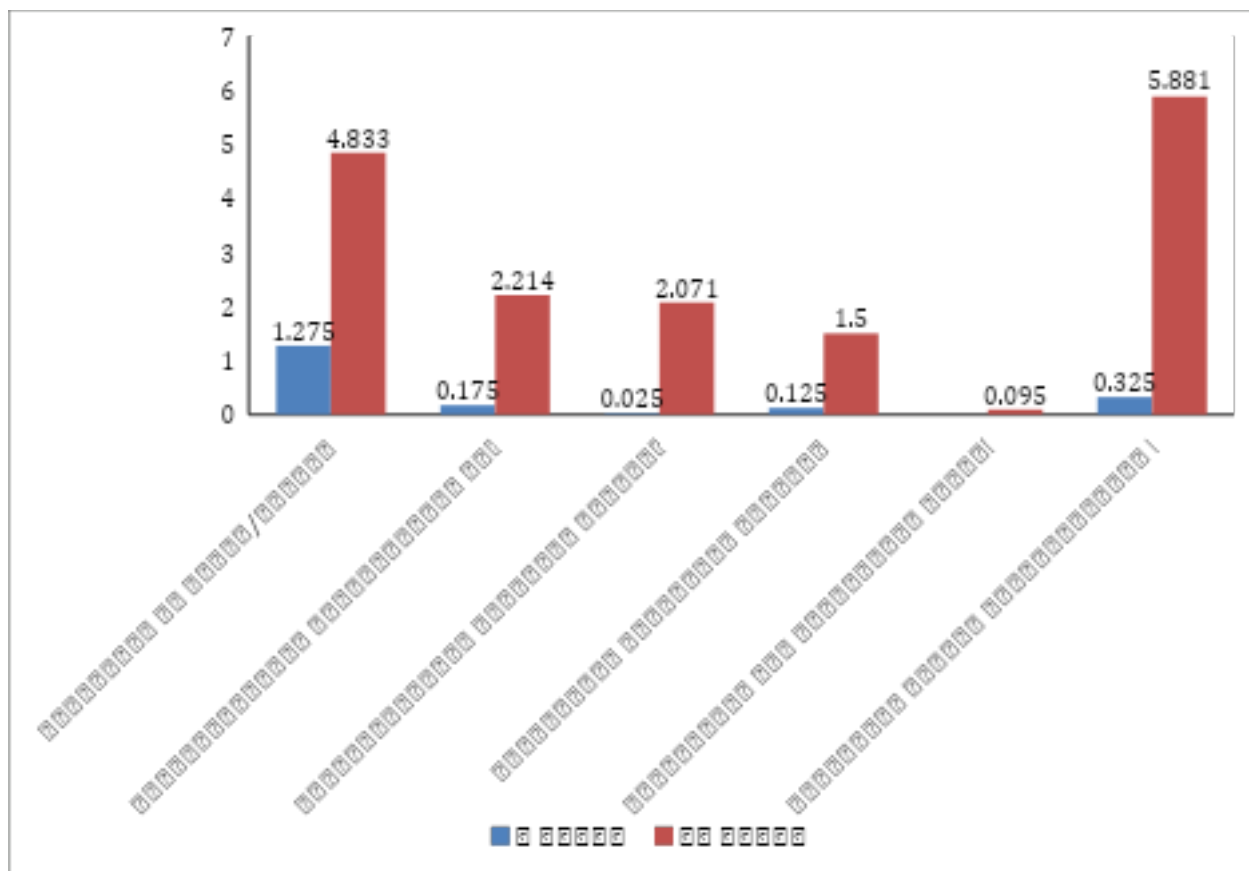


Рисунок 2.2. Результати дослідження особливостей суїцидального мислення

Результати, отримані за допомогою шкали суїцидального мислення, вказують на виражені відмінності між молодими людьми, які не пережили серйозної дитячої травматизації, і тими, хто мав у минулому травматичний досвід.

У першій групі, де відсутня травматизація, показники суїцидального мислення знаходяться на низькому рівні вираженості, а один з показників зовсім виражений на нульовому рівні.

Це свідчить про загальну позитивну життєву установку, відсутність внутрішніх конфліктів, пов'язаних з темою смерті, прагнення до самознищення або роздумів про можливість самогубства.

У другій групі, навпаки, спостерігаються значно вищі значення з низки шкал, хоча варто зазначити, що загалом ці показники знаходяться на доволі низькому рівні вираженості.

Особливо виражені показники ставлення до життя та смерті, ідеаторної активності, ймовірності вчинення суїциду, а також часткової реалізації намір. Це говорить про глибшу емоційну вразливість, а також про наявність передумов переходу від думок про суїцид до потенційних дій.

Отримані дані можуть підтверджувати гіпотезу про значний зв'язок дитячої психотравми із формуванням суїцидальних установок у юності. Ранні травматичні події, що особливо відбуваються в період формування особистості, можуть підірвати базові уявлення про безпеку, кохання, стійкість та власну значущість.

Згодом це може призвести до зниженої самооцінки, хронічного почуття тривоги та розпачу, емоційної нестійкості та недовіри до навколишнього світу. У таких випадках суїцидальні думки можуть набувати характеру захисної реакції — своєрідної фантазії про вихід із психологічного болю або втечу від реальності, яка сприймається як ворожа і загрозлива.

В умовах сучасної соціальної нестабільності, воєнного конфлікту та загостреного психоемоційного навантаження подібні переживання можуть бути особливо гострими, особливо у молодих людей з уже існуючим травматичним досвідом.

Цікавим в контексті дослідження також є те, що навіть серед респондентів із травматизацією показник за шкалою «передумови до здійснення суїциду» залишається майже на нульовому рівні. Це вказує на відсутність конкретних планів чи готовності до дії, незважаючи на наявність думок та емоційної напруги.

Таким чином результати за даною методикою демонструють, що вирішальне значення має не сам факт наявності дитячої травми, а її наслідки на рівні емоційного та когнітивного функціонування особистості. Оскільки відсутність базового розуміння безпеки не дає можливості досліджуваним справлятися із стресом, що у подальшому може приймати форми суїцидального мислення.

Результати порівняльного аналізу за даною методикою представлені нами у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

**Результати порівняльного аналізу особливостей
суїцидального мислення**

	I група	II група	U	p
Ставлення до життя/смерті	1109	2294	289*	0
Характеристики суїцидальної ідеаторної активності	1048	2355	228*	0
Характеристики можливої суїцидальної спроби	988	2415	168*	0
Реалізація можливого суїциду	1111	2292	291*	0
Передумови для здійснення суїциду	1600	1803	780	0,5778
Загальний рівень суїцидального ризику	843,5	2559,5	23,5*	0

Примітка: * - значимі показники на рівні 0,05

Результати порівняльного аналізу за шкалою суїцидального мислення виявляють статистично значущі відмінності між молодими людьми з вираженим та невираженим досвідом дитячої травматизації практично за всіма показниками методики, за винятком шкали передумов до вчинення суїциду.

Найбільш суттєва розбіжність спостерігається у загальному рівні суїцидального ризику ($U = 23,5$; $p = 0,0$), що свідчить про те, що у молоді з травматичним минулим у дитинстві суїцидальні думки носять не епізодичний характер, а формують цілісну систему поглядів, установок та емоційних переживань, пов'язаних з ідеєю самознищення.

Суттєві відмінності також зафіксовані за такими критично важливими шкалами, як ставлення до життя та смерті ($U = 289$; $p = 0,0$), інтенсивність ідеаторної активності ($U = 228$; $p = 0,0$), ймовірність здійснення спроби суїциду ($U = 168$; $p = 0,0$), а також елементи реалізації намірів суїцидів ($U = 291$; $p = 0,0$). Це говорить про глибшу емоційну залученість у тему смерті та підвищений ризик переходу від роздумів до дій.

Подібна динаміка може бути обумовлена тим, що перенесені в дитинстві психотравмуючі події — зокрема, емоційне насильство, ігнорування чи зневага — формують стійкі деструктивні переконання про себе, оточуючих та світ загалом.

Це посилює почуття вразливості, втрату контролю, емоційне відчуження і безвихідь, створюючи передумови розвитку суїцидального мислення як форми втечі від внутрішнього болю чи як символічного протесту.

У той самий час відсутність значних відмінностей за шкалою «передумови для суїциду» може свідчити у тому, що навіть за наявності виражених суїцидальних думок, молоді люди з травматичним минулим найчастіше немає чітких планів чи готовність реалізації цих думок. Це може бути пов'язане з обмеженим доступом до засобів, відсутністю конкретної інформації або з внутрішніми амбівалентними почуттями щодо бажання припинити життя.

Таким чином, отримані результати попередньо підтверджують висунуту гіпотезу про зв'язок дитячої травматизації та формування суїцидальних установок.

Окрім цього в контексті нашого дослідження цікавим є проаналізувати особливості сприйняття соціальної підтримки досліджуваними молодими людьми, що мають виражену травматизацію або не мають виражених травм. Результати дослідження представлені на рисунку 2.3.

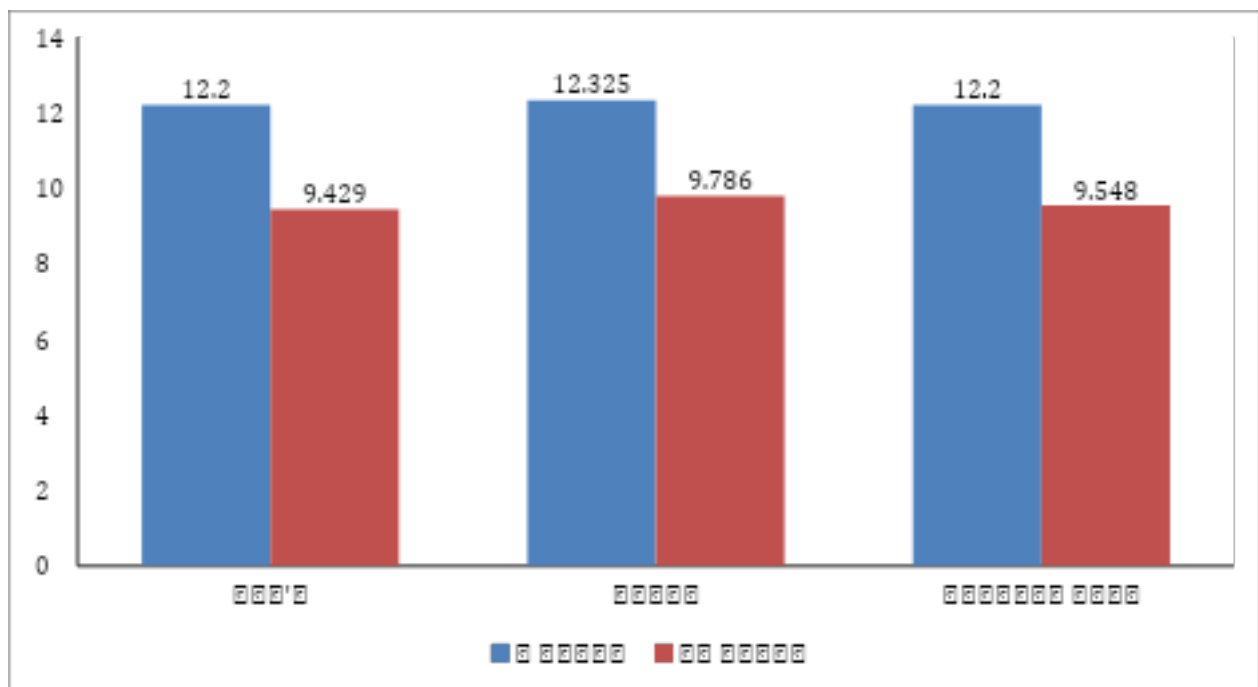


Рисунок 2.3. Результати дослідження особливостей соціальної підтримки

Результати дослідження за багатофакторною шкалою соціальної підтримки ми можемо побачити подібні результати для обох досліджуваних груп.

Так, рівень підтримки з боку сім'ї в обох досліджуваних групах говорить про середній рівень вираженості. Хоча відмінності між рівнями вираженості не є значущими, вони можуть вказувати на певну схильність молоді з травматичним досвідом меншою мірою сприймати родину як джерело безпеки, прийняття і допомоги. Це може бути пов'язано з тим, що саме в родинному контексті могли виникати ситуації емоційної зневаги чи насильства в дитинстві.

Подібна тенденція простежується й у контексті сприйняття підтримки з боку друзів. Така динаміка може свідчити про певні труднощі у встановленні довірчих контактів та міжособистісних зв'язків серед молоді, яка пережила психологічну травму в дитинстві.

Щодо підтримки з боку значущих інших (партнерів, наставників, авторитетних фігур), то ми також можемо побачити подібну тенденцію – не дивлячись на те, що в обидвох командах наявний середній рівень вираженості, ми можемо побачити, що середні показники ж трохи вищими у групі досліджуваних молодих людей без вираженої травматизації. Загалом такі результати можуть свідчити про емоційну обережність, знижене відчуття безпеки та страх бути відкинутим у близьких стосунках серед осіб із досвідом травматизації, і, на противагу ним, більшу емоційну відкритість і відчуття безпеки по відношенню до близьких людей і більш відкрите сприйняття їх підтримки.

Загалом отримані результати дозволяють припустити, що дитячі психологічні травми можуть впливати на спосіб сприйняття соціальної підтримки в юнацькому віці, формуючи певну настороженість до соціального середовища та знижуючи здатність довіряти оточуючим.

Для даної методики нами також було проведено порівняльний аналіз показників, результати контрого занесені до таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

**Результати порівняльного аналізу особливостей сприйняття
соціальної підтримки**

	I група	II група	U	p
Сім'я	1845	1558	655	0,0861
Друзі	1831	1572	669	0,1127
Близькі люди	1842,5	1560,5	657,5	0,0905

Результати порівняльного аналізу за багатofакторною шкалою соціальної підтримки не виявили статистично значущих відмінностей між двома групами учасників: молоддю без вираженого досвіду травматизації і молоддю, що пережила серйозні психологічні травми в дитинстві.

Такий результат може бути обумовлений низкою факторів. По-перше, можливо, що сучасні молоді люди, незалежно від наявності чи відсутності травматичного досвіду, живуть у схожих соціальних умовах та оточені аналогічними соціальними впливами. Сім'я, друзі, близькі люди можуть виконувати стабілізуючу роль як для травмованих, так і для не травмованих осіб.

По-друге, травматизація, незважаючи на глибокий вплив на емоційний стан, не обов'язково знижує суб'єктивне сприйняття підтримки. Молодь з таким досвідом може розвивати адаптивні стратегії, звертатися за підтримкою до близького кола. Таким чином, соціальна підтримка може залишатися значним ресурсом навіть тим, хто пережив травму.

На останньому етапі дослідження ми проаналізуємо результати кореляційного аналізу, що дозволить нам виявити взаємозв'язки між наявністю травм, суїцидальним ризиком та соціальною підтримкою у досліджуваних молодих людей.

Першими ми проаналізуємо результати кореляційного аналізу між психологічними травмами та шкалами ризику суїциду у досліджуваній молоді. Результати дослідження представлені нами у таблиці 2.8. Зазначимо, що таблиця містить лише шкали, для котрих було виявлено значимі показники зв'язку. Загальна кореляційна матриця представлена у додатку 6.

Таблиця 2.8.

Взаємозв'язок між психологічними травмами та ризиком суїциду у молоді

	Ставлення до життя/ смерті	Характеристики суїцидальної ідеаторної активності	Характеристики можливої суїцидальної спроби	Реалізація можливого суїциду	Загальний рівень суїцидального ризику
Відкидання	0,453*	0,515*	0,571*	0,505*	0,667*
Покинутість	0,402*	0,602*	0,672*	0,450*	0,707*
Приниження	0,258	0,465*	0,497*	0,499*	0,597*
Зрада	0,326*	0,509*	0,591*	0,475*	0,652*
Несправедливість	0,331*	0,499*	0,635*	0,496*	0,670*
Емоційне насилля	0,412*	0,554*	0,619*	0,478*	0,698*
Емоційна зневага	0,439*	0,618*	0,680*	0,601*	0,776*
Фізична зневага	0,403*	0,438*	0,504*	0,337*	0,555*

Примітка: * - значимі показники на рівні 0,05

Проведений кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між травматичним досвідом, пережитим у дитячо-підлітковому віці, та різними аспектами суїцидального ризику у досліджуваної молоді.

Зокрема, ставлення до життя і смерті має позитивний зв'язок з такими травмами, як почуття знедоленості ($r = 0,453$), занедбаність ($r = 0,402$), зрада ($r = 0,326$), сприйняття несправедливості ($r = 0,331$), емоційне насильство ($r = 0,403$).

Такі результати дозволяють припустити, що брак підтримки, емоційного прийняття та безпеки в ранні роки життя може призвести до зниження цінності власного життя та формування відчуженого ставлення до життя та смерті.

Суїцидальні думки та роздуми про сенс життя мають особливо тісні зв'язки з такими психологічними травмами, як емоційна зневага ($r = 0,618$), почуття занедбаності ($r = 0,602$), емоційне насильство ($r = 0,554$), відкидання ($r = 0,51$).

Це може вказувати на те, що дефіцит емоційної близькості, підтримки та визнання в дитинстві стає основою для формування хронічного почуття самотності та внутрішнього болю, які надалі можуть у подальшому стати основою для появи суїцидальних думок.

Найбільш виражені взаємозв'язки були виявлені між травмами та ймовірністю суїцидальної спроби. Особливо високі показники кореляції відзначені між ймовірністю суїцидальної спроби та досвідом занедбаності ($r = 0,672$), емоційної зневаги ($r = 0,680$), переживання несправедливості ($r = 0,635$), емоційного насильства ($r = 0,619$) та зради ($r = 0,59$).

Це дає підставу припустити, що такі форми травм підривають базове почуття безпеки та значущості, провокуючи накопичення емоційної напруги та знижуючи здатність до саморегуляції, що збільшує ризик переходу від думок до дій в контексті суїциду.

Акти реалізації суїциду також статистично пов'язані з раніше пережитими психологічними травмами, зокрема з емоційною зневагою ($r = 0,601$), приниженням ($r = 0,499$), запереченням ($r = 0,505$) та зрадою ($r = 0,475$). Ці форми досвіду, ймовірно, сприяють руйнуванню самооцінки, підривають почуття власної гідності та посилюють схильність до суїцидальної поведінки.

Аналіз загального рівня суїцидального ризику показав сильну кореляцію з усіма видами досліджуваних травм. Особливо значущими виявилися зв'язки з емоційною зневагою ($r = 0,776$), занедбаністю ($r = 0,707$), емоційним насильством ($r = 0,698$), почуттям несправедливості ($r = 0,670$), відкиданням ($r = 0,667$) і зрадою ($r = 0,652$).

Це підкреслює, що накопичений у дитинстві досвід ігнорування базових емоційних потреб, наприклад у коханні, прийнятті, стабільності та довірі, значно збільшує вразливість особистості до проявів аутоагресії у молодому віці.

Отже, результати дослідження свідчать, що формування ризику суїцидальної поведінки пов'язане із переживанням таких травм як емоційні зневага та насильство, відкидання та занедбаність, зрада та почуття несправедливості. Ці форми травм можуть глибоко порушувати розвиток позитивної самоідентичності, сприяти формуванню стійкого почуття безвиході та відсутності сенсу життя.

Останнім ми проаналізуємо результати кореляційного аналізу між психологічними травмами, суїцидальним ризиком та сприйняттям досліджуваною молоддю соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та близьких людей. Результат дослідження представлені в таблиці 2.9. Зазначимо, що таблиця містить лише шкали, для котрих було виявлено значимі показники зв'язку. Загальна кореляційна матриця представлена у додатку 7.

Таблиця 2.9.

Взаємозв'язок між психологічними травмами та ризиком суїциду у молоді

	Сім'я	Друзі	Близькі люди
Відкидання	-0,121	-0,091	-0,303*
Припиниження	-0,326*	-0,113	-0,045
Несправедливість	-0,048	-0,341*	-0,166
Емоційна зневага	-0,314*	-0,140	-0,070

Примітка: * - значимі показники на рівні 0,05

Результати кореляційного аналізу для досліджуваної молоді дозволяють виявити статистично значущі взаємозв'язки між пережитими у дитячо-підлітковому віці травматичними подіями та рівнем соціальної підтримки з боку значних осіб у юнацькому віці.

Встановлено, що травма відкидання має негативний взаємозв'язок із соціальною підтримкою з боку близьких ($r = -0,303$). Це може вказувати на те, що досвід емоційного чи фізичного виключення в ранні роки формує внутрішню установку про свою непотрібність та небажаність для інших. Надалі це може призводити до уникнення близьких відносин та недовіри до проявів турботи, що ускладнює сприйняття та прийняття підтримки. І

навпаки – відчуття близькості із близькими людьми, позитивне сприйняття їх соціальної підтримки дозволяє досліджуваній молоді справлятися із відчуттям зневаги до себе.

Травма приниження також негативно корелює з підтримкою із боку сім'ї ($r = -0,326$). Приниження, що включає досвід глузування, знецінення або підриву самооцінки, може закріпитися негативним досвідом у сприйнятті себе і своєї значущості в сімейній системі. Натомість зворотня ситуація, де досліджувані відчувають сильну підтримку з боку сім'ї, вони можуть відчувати себе більш значущими та цінними.

Зворотній зв'язок також виявлено між відчуттям несправедливості, та підтримкою з боку друзів ($r = -0,341$). Це може говорити про те, що несправедливе поводження в дитинстві, особливо якщо воно було систематичним, ускладнює побудову довірчих відносин з друзями. В зворотньому випадку близькість із друзями та позитивне сприйняття їх підтримки може сприяти більш позитивному переживанню даної травми.

Також було виявлено зворотній взаємозв'язок між емоційною зневагою та соціальною підтримкою з боку сім'ї ($r = -0,314$). Це може свідчити про недовіру до емоційної близькості в сім'ї, викликану дефіцитом уваги, тепла і прийняття в дитячо-підлітковому періоді. Натомість позитивне сприйняття з боку сім'ї дає змогу зменшити відчуття зневаги та укорінитись у більшому відчутті довіри.

Таким чином за результатами кореляційного аналізу в цьому випадку було виявлено, що знижений рівень підтримки може посилювати почуття самотності, ускладнювати подолання життєвих труднощів, а також підвищувати емоційну вразливість, натомість більш позитивне сприйняття

підтримки з боку сім'ї, друзів та близьких людей пов'язане із посиленням довіри, відчуття потрібності, та власної значущості.

Висновки до Розділу 2

1. Загальна вибірка досліджуваних розподіляється на дві групи – до першої входять молоді люди, котрі не переживали значного травматичного досвіду. Дана група характеризується сформованою емоційною стійкістю, відчуттям безпечності середовища, а також відсутність значущих внутрішніх конфліктів. Натомість друга група досліджуваних характеризується вираженою травматизацією, зокрема найбільш вираженими є показники несправедливості, покинутості та зради, а також емоційна зневага та емоційне насильство. Такі результати вказують на переживання самотності, недовіри, відкидання та досвідом несправедливого ставлення у дитинстві, що зумовлює підвищену емоційну вразливість та потенційно більший ризик психоемоційної нестабільності.

2. Визначено, що досліджувані, які не мають вираженого травматичного досвіду, мають низький рівень суїцидального ризику. Що свідчить про емоційну стабільність, позитивну життєву установку та відсутність схильності до самознищення. Натомість досліджувані, що мають виражену травматизацію, мають низький рівень суїцидального ризику, проте відрізняються більш виразним суїцидальним мисленням, зокрема підвищеною ідеаторною активністю та ставленням до смерті як до потенційного виходу з психологічного болю, що свідчить про більшу емоційну вразливість та наявність латентних загроз.

3. Виявлено, що рівень соціальної підтримки серед молоді з різним досвідом травмування не має значних відмінностей. Обидві групи оцінюють підтримку сім'ї, друзів та інших людей на середньому рівні. Молоді люди з травмуючим досвідом можуть виявляти настороженість щодо соціального середовища, що пов'язане з емоційною зневагою чи насильством у дитинстві. З усім тим, відсутність статистично значущих відмінностей між групами свідчить про те, що соціальна підтримка є важливим ресурсом для обох категорій, і навіть за наявності травм молодь здатна розвивати адаптивні стратегії та шукати підтримку у близьких.

4. За результатами кореляційного аналізу встановлено, що формування ризику суїцидальної поведінки пов'язане із переживанням таких травм як емоційні зневага та насильство, відкидання та занедбаність, зрада та почуття несправедливості. Ці форми травм можуть глибоко порушувати розвиток позитивної самоідентичності, сприяти формуванню стійкого почуття безвиході та відсутності сенсу життя. Також було виявлено, що знижений рівень підтримки може посилювати почуття самотності, ускладнювати подолання життєвих труднощів, а також підвищувати емоційну вразливість, натомість більш позитивне сприйняття підтримки з боку сім'ї, друзів та близьких людей пов'язане із посиленням довіри, відчуття потрібності, та власної значущості.

ВИСНОВКИ

1. За результатами теоретичного аналізу було виявлено, що психологічні травми є потужним тригером розвитку суїцидальної поведінки, оскільки спричиняють емоційну дезорганізацію, руйнують базові уявлення про себе та світ, а також формують стійке відчуття безпорадності й втрати сенсу життя, особливо за відсутності соціальної підтримки.

2. Загальна вибірка досліджуваних розподіляється на дві групи – до першої групи входять молоді люди, котрі не переживали значного травматичного досвіду. Дана група характеризується сформованою емоційною стійкістю, відчуттям безпечності середовища, а також відсутність значущих внутрішніх конфліктів. Натомість друга група досліджуваних характеризується вираженою травматизацією, зокрема найбільш вираженими є показники несправедливості, покинутості та зради, а також емоційна зневага та емоційне насильство. Такі результати вказують на переживання самотності, недовіри, відкидання, та досвід несправедливого ставлення у дитинстві, що зумовлює підвищену емоційну вразливість та потенційно більший ризик психоемоційної нестабільності.

3. Визначено, що рівень суїцидального ризику є низьким для обох досліджуваних груп. Водночас суїцидальне мислення молоді без травматизації не має виражених показників, що свідчить про позитивну життєву установку та емоційну стабільність. Натомість у досліджуваних із вираженою травматизацією виявлено вищу ідеаторну активність, змішане ставлення до життя і смерті, що вказує на глибшу емоційну вразливість, схильність до переживання внутрішніх конфліктів і сприйняття суїциду як потенційного способу психологічного порятунку.

4. Виявлено, що рівень соціальної підтримки серед молоді з різним досвідом травмування не має значних відмінностей. Обидві групи оцінюють підтримку сім'ї, друзів та інших людей на середньому рівні. Молоді люди з травмуючим досвідом можуть виявляти настороженість щодо соціального середовища, що пов'язане з емоційною зневагою чи насильством у дитинстві. Тим не менш, відсутність статистично значущих відмінностей між групами свідчить про те, що соціальна підтримка є важливим ресурсом для обох категорій, і навіть за наявності травм молодь здатна розвивати адаптивні стратегії та шукати підтримку у близьких.

5. За результатами кореляційного аналізу встановлено, що формування ризику суїцидальної поведінки пов'язане із переживанням таких травм як емоційні зневага та насильство, відкидання та занедбаність, зрада та почуття несправедливості. Ці форми травм можуть глибоко порушувати розвиток позитивної самоідентичності, сприяти формуванню стійкого почуття безвиході та відсутності сенсу життя. Також було виявлено, що знижений рівень підтримки може посилювати почуття самотності, ускладнювати подолання життєвих труднощів, а також підвищувати емоційну вразливість, натомість більш позитивне сприйняття підтримки з боку сім'ї, друзів та близьких людей пов'язане із посиленням довіри, відчуття потрібності, та власної значущості.

Таким чином за результатами дослідження ми мали змогу:

- Підтвердити першу гіпотезу дослідження стосовно того, що переживання травматичних подій мають зв'язок із ризиком суїциду.
- Підтвердити гіпотезу стосовно зв'язку сприйняття соціальної підтримки із переживанням психологічних травм.

Перспективою подальших досліджень може стати вивчення зв'язку суб'єктивного благополуччя та ризику суїциду у сучасної молоді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Герман Джудіт. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Перек. з англ. О. Лизак, О. Наконечна, О. Шлапак. – Львів: Вид-во Старого Лева, 2015. – 416 с.
2. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання / Н. Є. Гоцуляк // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер. : Педагогічні та психологічні науки. - 2015. - № 1. - С. 378-390.
3. Дьоміна О. О. Суїцидальна поведінка при гострій реакції на стрес у осіб молодого віку (клініка, особливості формування, методи корекції та профілактики): автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.16 / Дьоміна Ольга Олегівна; Харк. мед. акад. після диплом. освіти, – Х., 2004. – 20 с.
4. Лозінська Н. С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології / Н. С. Лозінська // Вісник Національного університету оборони України. - 2018. - Вип. 2. - С. 65-73.
5. Москалець В.П. Психологія суїциду. К.: Академвидав, 2004. 288 с.
6. Музиченко І. В. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І.В., Ткачук І.І. - Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. - 88 с.

7. Назарець, Л., & Руденко, Н. (2023). Аналіз психологічних реакцій на травматичний стрес внутрішньо переміщених осіб старшого підліткового віку. *Психологія: реальність і перспективи*, 20, 127-134.
8. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
9. Психологія суїцидальної поведінки військовослужбовців : монографія / Я. В. Мацегора, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько та ін. Харків : НА НГУ, 2021. 363 с.
10. Резнікова О. А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня спеціальності 053 «Психологія» / уклад. О.А. Резнікова. Слов'янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2018. 173 с.
11. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія» . – Запоріжжя, 2020. – 87 с.
12. Семенова Ю.С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю.С.Семенова // Український науково-медичний молодіжний журнал -Спеціальний випуск № 3, Актуальні проблеми сучасної медичної психології: Матеріали V науково-практичної конференції, м.Київ, 11- 12 травня 2011 р.: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2011.-с.50-54.
13. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Вид. дім Персонал», 2017. 160 с.

14. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст] : навч. посіб. / Раїса Петрівна Федоренко. – Вид. 2-ге, змін. та доп. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022. – 492 с.
15. Хохлова Т. О. Соціально-психологічні чинники суїцидальної поведінки в підлітковому віці та її профілактика / Т. О. Хохлова ; наук. керівник – канд. пед. наук О. Є. Остапчук. – Кривий Ріг : КДПУ, 2023. – 45 с.
16. Чачко С.Л. Посттравматичне зростання як реалізація особистісного потенціалу // Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві: колективна монографія. Одеса: Фенікс, 2011. С. 345-371.
17. Agerbo, E., et al. (2004). "Psychosocial risk factors for suicide: A review of current research." *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 271-283.
18. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). "Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
19. Caulfield, Nicole M., Peter M. Gutierrez, Katherine Anne Comtois, Lora L. Johnson, Stephen S. O'Connor, David A. Jobes. «Exploring the Content of Suicidality among Military Personnel and Veterans». *Military Behavioral Health* 8, 1 (2020): 1–10. <https://doi.org/10.1080/21635781.2019.1611509>.
20. Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2006). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
21. Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.

22. Kamali, Masoud, Erika F. H. Saunders, Shervin Assari, Kelly A. Ryan, David F. Marshall, Melvin G. McInnis. «Mood, Dimensional Personality, and Suicidality in a Longitudinal Sample of Patients with Bipolar Disorder and Controls». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1360–78. <https://doi.org/10.1111/sltb.12529>.

23. Krafft, Jennifer, E. Tish Hicks, Sallie A. Mack, Michael E. Levin. «Psychological Inflexibility Predicts Suicidality Over Time in College Students». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1488–96. <https://doi.org/10.1111/sltb.12533>.

24. Nock, M. K., et al. (2013). "Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement." *JAMA Psychiatry*, 70(3), 295-302.

25. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003 Jan;129(1):52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52. PMID: 12555794.

26. Westermair, Anna Lisa, Nico Matzkeit, Annika Waldmann, Felix Stang, Peter Mailänder, Ulrich Schweiger, Tobias Kisch. «Traumatizing Oneself–Deep Wrist Injuries Self-Inflicted with Suicidal Intention are Associated with More Severe PTSD Symptomatology than Similar Injuries from Accidents». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 4 (2020): 856–66. <https://doi.org/10.1111/sltb.12630>.

АНОТАЦІЯ

Дана кваліфікаційна робота присвячена дослідженню взаємозв'язку між травматичними подіями і ризиком суїциду в молоді та складається зі вступу, двох основних розділів та висновків. Перший розділ роботи присвячено теоретичному дослідженню психологічних травм, їх типів, форм та ефектів дії, впливу травматичних подій на психічне здоров'я молоді, та вивчення їх як фактору ризику суїцидальних спроб у молоді. Другий розділ присвячений характеристиці вибірки досліджуваних, опису методів та методик дослідження, а також аналізу результатів та їх інтерпретації. У дослідженні взяло участь 82 молоді особи віком 20-25 років, яких було поділено на дві групи залежно від наявності пережитого травмуючого досвіду у дитячо-підлітковому віці. За результатами дослідження було підтверджено першу гіпотезу стосовно того, що переживання травматичних подій має зв'язок із ризиком суїциду, а також другу гіпотезу стосовно зв'язку сприйняття соціальної підтримки із переживанням психологічних травм.

Ключові слова: суїцид, суїцидальний ризик, суїцидальна поведінка, психологічна травма, психотравма, травматична подія, соціальна підтримка, молодь.

ABSTRACT

This qualification thesis explores the connection between traumatic experiences and suicide risk among young people. The work consists of an introduction, two main chapters, and a conclusion. The first chapter is devoted to a theoretical analysis of psychological trauma, including its types, forms, and effects, the impact of traumatic events on the mental health of youth, and the consideration of such experiences as a risk factor for suicidal behavior. The second chapter presents the characteristics of the study sample, describes the research methods and instruments, and provides an analysis and interpretation of the findings.

The study involved 82 young individuals aged 20 to 25, who were divided into two groups based on whether they had experienced traumatic events during childhood or adolescence. The results confirmed the first hypothesis — that experiencing traumatic events is associated with a higher risk of suicide — as well as the second hypothesis regarding the link between perceived social support and the experience of psychological trauma.

Keywords: suicide risk, suicidal behavior, psychological trauma, psychotrauma, traumatic event, social support, youth.