

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра Практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці.»

(тема кваліфікаційної роботи)

Виконав: студент _2_ курсу, групи

ЗПс-24мг

спеціальності : 053 Психологія

(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

_____/Олена НОВИЦЬКА

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Керівник _____/Олена ХАРЦІЙ

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Рецензент _____/Юрій БРИТАН

(підпис)

(ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачка кафедри _____/Наталія КУЧЕРЕНКО

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/Галина ЮДІНА

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/Маргарита МИХАЛЕНКО

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра Практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Практична психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувача кафедри
Н.С.КУЧЕРЕНКО
(підпис)

«__» _____ 2025р.

**З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

Новицька Олена Миколаївна

(прізвище, ім'я, по батькові студента)

1. Тема «Особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці.»

керівник роботи Харцій О.М., доцент, к.псих.н.

затверджені наказом по університету №4801-5/3665 від 06.10.2025

2. Строк подання студентом роботи 28.11.2025

3. Перелік питань, які потрібно розробити:

1) Провести теоретичний аналіз.

2) Провести емпіричний аналіз.

3) Провести кореляційний аналіз.

4) Сформулювати психокорекційну програму та надати рекомендації.

4. План роботи

№ з/п	Назви етапів роботи
1	Робота з літературними джерелами, складання бібліографії з теми, написання теоретичної частини роботи.
2	Підбір психодіагностичних методик та проведення дослідження.
3	Математико-статистична обробка даних дослідження. Опис експериментальних даних дослідження.
4	Оформлення висновків та рекомендацій.
5	Підготовка та подання дипломної роботи до захисту (здача дипломної роботи керівникові на перевірку; виправлення зроблених зауважень; здача остаточного варіанта дипломної роботи; отримання відгуку та рецензії; підготовка виступу).

5.Дата видачі завдання ____**07.11.2025**____

Студент

(підпис)

О.М.Новицька
(ініціали, прізвище)

Керівник роботи

(підпис)

О.М.Харцій
(ініціали, прізвище)

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить: 73 сторінок, 8 таблиць, 25 використаних літературних джерел.

Об'єкт дослідження — суїцидальна поведінка підлітків.

Предмет дослідження — психологічні особливості суїцидальної поведінки та її взаємозв'язки з емоційними і когнітивними чинниками.

Мета дослідження — виявити особливості суїцидальної поведінки підлітків та визначити її зв'язок з рівнем депресивності, емоційного неблагополуччя та безнадійності.

Для досягнення мети були сформульовані такі завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення суїцидальної поведінки у підлітковому віці.
2. Визначити провідні фактори ризику та захисні фактори суїцидальних проявів.
3. Емпірично дослідити особливості суїцидальної поведінки у підлітків за допомогою валідних психодіагностичних методик.
4. Встановити взаємозв'язки між суїцидальністю, депресивністю та рівнем безнадійності.
5. Розробити психологічні рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки у підлітковому середовищі.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у роботі шкільних психологів, соціальних педагогів, консультантів та психотерапевтів, а також для розробки превентивних програм з метою зниження суїцидальних ризиків серед підлітків.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, підлітки, депресія.

ABSTRACT

Thesis contains: 73 pages, 2 figures, 3 tables, 25 used literature sources.

The object of the study is suicidal behavior in adolescents.

The subject of the study is the psychological characteristics of suicidal behavior and its relationship with emotional and cognitive factors.

The aim of the study is to identify the characteristics of suicidal behavior in adolescents and determine its relationship with the level of depression, emotional distress, and hopelessness.

To achieve this aim, the following tasks were formulated:

1. Analyze theoretical approaches to the study of suicidal behavior in adolescence.
2. Identify the leading risk factors and protective factors for suicidal manifestations.
3. Empirically investigate the characteristics of suicidal behavior in adolescents using valid psychodiagnostic methods.
4. Establish the relationship between suicidality, depression, and the level of hopelessness.
5. Develop psychological recommendations for the prevention of suicidal behavior in adolescents.

The practical significance of the study lies in the possibility of using its results in the work of school psychologists, social educators, counselors, and psychotherapists, as well as for the development of preventive programs aimed at reducing suicidal risks among adolescents.

Keywords: suicidal behavior, adolescents, depression.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ.....	10
1.1. Поняття та сутність суїцидальної поведінки.....	10
1.2. Психологічні особливості підліткового віку як чинник суїцидальної вразливості.....	13
1.3. Фактори ризику та захисні фактори суїцидальної поведінки.....	18
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
2.1. Організація та методи дослідження.....	26
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	29
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	39
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ.....	42
3.1. Індивідуальна робота з підлітками групи ризику.....	42
3.2. Програма профілактичної роботи у навчальному закладі.....	45
3.3. Онлайн-інструменти профілактики та робота з кіберризиками.....	50
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	58
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62
ДОДАТОК.....	65

ВСТУП

Суїцидальна поведінка у підлітковому віці є однією з найгостріших проблем сучасної психології та медицини. Зростання рівня суїцидальних ризиків серед молоді, поширення депресивних станів, подальші наслідки соціальної нестабільності, а також вплив цифрового середовища зумовлюють потребу у поглибленому вивченні психологічних механізмів, що лежать в основі суїцидальних тенденцій у підлітків. Підлітковий вік є критичним періодом розвитку особистості, коли поєднання емоційної нестійкості, пошуку ідентичності, нестачі життєвого досвіду та чутливості до соціального середовища формує високий рівень уразливості до суїцидальної поведінки.

Актуальність дослідження також зумовлена тим, що саме у підлітковому віці найчастіше виникають перші суїцидальні думки, наміри та спроби, які нерідко залишаються непоміченими дорослими. Вплив сімейних конфліктів, емоційного неблагополуччя, булінгу, кібербулінгу, а також дефіциту соціальної підтримки суттєво посилює ризик виникнення аутоагресивних проявів. Разом з тим існують і захисні фактори — адекватна самооцінка, емоційна стійкість, позитивні соціальні зв'язки, наявність значущих дорослих, здатність до конструктивного вирішення проблем. Пошук співвідношення факторів ризику та ресурсів підлітка є необхідною умовою для вибудовування ефективної системи профілактики.

Ступінь наукової розробленості проблеми демонструє, що вітчизняні та зарубіжні дослідники акцентують увагу на ролі емоційних розладів, когнітивних викривлень, сімейної динаміки та впливу соціальних мереж у формуванні суїцидальної поведінки. Незважаючи на значну кількість досліджень, недостатньо уваги приділяється комплексному аналізу взаємозв'язку емоційних станів підлітка, рівня безнадійності та появи суїцидальних проявів.

Об'єкт дослідження — суїцидальна поведінка підлітків.

Предмет дослідження — психологічні особливості суїцидальної поведінки

та її взаємозв'язки з емоційними і когнітивними чинниками.

Мета дослідження — виявити особливості суїцидальної поведінки підлітків та визначити її зв'язок з рівнем депресивності, емоційного неблагополуччя та безнадійності.

Для досягнення мети були сформульовані такі **завдання**:

6. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення суїцидальної поведінки у підлітковому віці.
7. Визначити провідні фактори ризику та захисні фактори суїцидальних проявів.
8. Емпірично дослідити особливості суїцидальної поведінки у підлітків за допомогою валідних психодіагностичних методик.
9. Встановити взаємозв'язки між суїцидальністю, депресивністю та рівнем безнадійності.
10. Розробити психологічні рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки у підлітковому середовищі.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що рівень суїцидальної поведінки у підлітків позитивно корелює з депресивністю та відчуттям безнадійності, а також зумовлюється специфічними емоційними та когнітивними особливостями підліткового віку.

У дослідженні використовувалися такі **методики**:

- **Шкала суїцидальної ідеації А. Бека (SSI)** — для вимірювання інтенсивності суїцидальних думок та намірів.
- **Шкала безнадійності Бека (BHS)** — для оцінки рівня песимізму та очікування негативного майбутнього.
- **Опитувальник депресії Бека (BDI-II)** — для визначення вираженості депресивних симптомів.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у роботі шкільних психологів, соціальних педагогів,

консультантів та психотерапевтів, а також для розробки превентивних програм з метою зниження суїцидальних ризиків серед підлітків.

База дослідження — загальноосвітній заклад Комунальний заклад СМО «Валківська школа мистецтв», у дослідженні взяли участь підлітки віком 14–17 років, загальна кількість – 30 осіб.

Структура роботи включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел .

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Поняття та сутність суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка є складним, багатовимірним психологічним і соціальним феноменом, який охоплює широкий спектр внутрішніх переживань, намірів та дій, спрямованих на позбавлення себе життя. Упродовж багатьох століть суїцид розглядався переважно як моральна, релігійна або соціальна проблема, проте сучасна психологічна наука інтерпретує його як результат взаємодії внутрішніх конфліктів особистості, емоційно-вольових порушень та впливу несприятливих соціальних умов. Найбільш вразливою групою щодо суїцидальних проявів виступають підлітки, оскільки їхня психіка перебуває у стані активного розвитку, характеризується нестійкістю, підвищеною емоційністю та чутливістю до зовнішніх впливів.

Поняття «суїцидальна поведінка» включає в себе такі компоненти, як суїцидальні думки, наміри, загрози, демонстративні або афективні спроби, а також завершені суїциди. Вона розглядається як континуум — від пасивної форми самозаперечення (небажання жити, внутрішня втома, фрустрація життєвих цілей) до активних дій, спрямованих на позбавлення себе життя. Цей континуум підкреслює поступовість розвитку суїцидального процесу, який має чіткі психологічні етапи: виникнення суїцидальних думок, формування уявлень про способи реалізації, ухвалення рішення та підготовчі дії.

У психологічній літературі існує багато підходів до розуміння сутності суїцидальної поведінки. Представники психодинамічної теорії, зокрема З. Фройд, розглядали суїцид як форму зверненої всередину агресії, що виникає через внутрішній конфлікт між інстинктами життя та смерті. Сучасні психодинамічні

автори підкреслюють, що суїцидальні тенденції формуються внаслідок накопичення неусвідомлених негативних переживань, почуття провини, відкинутості або нездатності реалізувати значущі потреби.

Когнітивно-поведінкові теорії пояснюють суїцид через негативні автоматичні думки, когнітивні викривлення та дисфункціональні схеми, які створюють відчуття безнадійності та безвиході. А. Бек підкреслював, що ключовим чинником, який сприяє формуванню суїцидальних намірів, є саме безнадійність — очікування неможливості змінити ситуацію або вплинути на власне життя. Безнадійність сприяє зниженню життєвої мотивації та сприйняттю суїциду як єдиного виходу з психологічної кризи.

З погляду гуманістичної психології, суїцидальна поведінка пов'язана з фрустрацією базових потреб, відсутністю саморозуміння, втратами сенсу життя та зниженням самоцінності. Такі дослідники, як К. Роджерс та В. Франкл, наголошували, що суїцидальна криза часто виникає тоді, коли особистість втрачає відчуття мети, не бачить можливостей для самореалізації або переживає глибоку внутрішню порожнечу.

Соціологічний підхід, започаткований Е. Дюркгаймом, акцентує на впливі суспільних структур та рівня соціальної інтеграції. На його думку, нестійкість соціальних зв'язків, відсутність підтримки або надмірний соціальний контроль можуть створювати умови, які підвищують ризик суїцидальної поведінки. У підлітковому віці це особливо важливо, адже саме в цей період формується відчуття приналежності до групи, а соціальна відчуженість, булінг чи складні стосунки з однолітками можуть провокувати аутоагресивні реакції.

Біологічний підхід розглядає суїцид як результат нейрофізіологічних змін, дисфункції серотонінергічної системи, генетичної схильності або гормональних коливань. У підлітків, у яких відбуваються істотні нейробиологічні перебудови, такі чинники можуть виступати додатковими тригерами для розвитку депресивних і суїцидальних станів.

Важливо зазначити, що у підлітковому віці суїцидальна поведінка нерідко має специфічні мотиви та форми прояву. Вона часто пов'язана не з бажанням справді померти, а з прагненням уникнути нестерпної емоційної напруги, покарати себе або привернути увагу до власних проблем. Це підтверджується результатами численних досліджень, які вказують, що значна частка підліткових суїцидальних спроб має демонстративно-шантажний характер, хоча їх наслідки можуть бути вкрай небезпечними. Підлітки часто не до кінця усвідомлюють незворотність своїх дій, а їхня імпульсивність і нестача життєвого досвіду підвищують ризик завершених суїцидів.

Суїцидальні думки можуть бути як пасивними (наприклад, «було б краще не жити»), так і активними (планування способів та конкретних дій). Перехід від думок до дій зазвичай відбувається за наявності трьох ключових компонентів: психологічного болю, відчуття безнадійності та доступності засобів для самогубства. Комбінація цих чинників формує так звану «суїцидальну готовність», яка визначає вірогідність здійснення спроби.

Науковці виділяють такі форми суїцидальної поведінки:

- суїцидальні думки — роздуми про смерть, небажання жити;
- суїцидальні наміри — планування, уявлення способів позбавлення себе життя;
- суїцидальні загрози — вербальні або невербальні сигнали про можливу спробу;
- демонстративно-шантажні спроби — дії з низькою летальністю, спрямовані на привернення уваги;
- афективні спроби — імпульсивні дії у стані сильних емоцій;
- завершений суїцид — дія, що призвела до смерті.

У сучасних умовах важливо також розглядати вплив цифрового середовища. Соціальні мережі можуть виступати як ресурсом психологічної підтримки, так і фактором ризику. Кібербулінг, участь у небезпечних інтернет-спільнотах, доступ

до контенту, що романтизує або нормалізує самогубство, значно підвищують рівень суїцидальних думок у підлітків. Особливо небезпечним є феномен «ідентифікації з героєм», коли підліток повторює небезпечні моделі поведінки, побачені в онлайн-просторі.

Отже, сутність суїцидальної поведінки полягає у складній взаємодії емоційних, когнітивних, соціальних та біологічних чинників, які взаємно підсилюють одне одного. Суїцидальна поведінка не є результатом одного фактору, а виникає тоді, коли особистість стикається з кризовою ситуацією, яку не може вирішити доступними способами. Для підлітків характерною є обмежена здатність до саморегуляції, нестача навичок подолання стресу, невміння звертатися по допомогу — усе це створює високий ризик переходу від суїцидальних думок до реальних спроб.

Таким чином, розуміння поняття та сутності суїцидальної поведінки є ключовим для побудови ефективної системи профілактики. Комплексний підхід, що враховує індивідуальні особливості підлітка, його емоційний стан, характер сімейних взаємин та соціальну ситуацію розвитку, дозволяє своєчасно виявити ризики та надати підлітку психологічну допомогу, спрямовану на зниження рівня суїцидальності та відновлення почуття цінності власного життя.

1.2. Психологічні особливості підліткового віку як чинник суїцидальної вразливості

Підлітковий вік є одним із найбільш складних та суперечливих етапів психічного розвитку, який супроводжується значними змінами у емоційній, когнітивній, мотиваційній та особистісній сферах. Це період інтенсивної перебудови, що охоплює біологічне дозрівання, формування власної ідентичності, пошук життєвих орієнтирів та нової моделі взаємодії з оточенням. Саме поєднання цих змін створює підвищену психологічну вразливість підлітка, робить його більш

чутливим до стресових впливів та сприяє виникненню суїцидальної поведінки.

Психологи відзначають, що суїцидальна вразливість у підлітків є результатом комплексної взаємодії внутрішніх психологічних особливостей та соціальних умов, у яких вони живуть. Важливо підкреслити, що більшість підлітків, які переживають емоційні труднощі, не вчиняють суїцидальних спроб; однак саме специфічні вікові характеристики значно збільшують ризик переходу від суїцидальних думок до реальних дій.

Нижче детально розглянуто ключові психологічні особливості, що впливають на підліткову суїцидальність.

Однією з характерних рис підліткового віку є емоційна нестійкість, яка проявляється у частих перепадах настрою, інтенсивних афектах, імпульсивності та труднощах у контролі почуттів. Емоційна сфера підлітка перебуває у стані формування: підлітки ще не опанували зрілі способи регуляції емоцій, натомість діють імпульсивно, часто під впливом миттєвих переживань.

У такі періоди підвищується ризик афективних суїцидальних дій, коли рішення про самогубство є не раціональним вибором, а результатом короткотривалої емоційної кризи. Важливим чинником тут є також знижена толерантність до фрустрації — підлітки важко переносять неуспіх, критику, конфлікти чи втрату значущих стосунків.

Підлітки характеризуються високим рівнем імпульсивності, що зумовлено як особливостями нервової системи, так і недостатньою зрілістю префронтальної кори, відповідальної за самоконтроль і планування. У стані фрустрації або сильного афекту підліток може діяти необдуманно, не оцінюючи можливі наслідки.

Саме тому суїцидальні спроби у підлітковому віці часто:

- мають імпульсивний характер,
- здійснюються без попереднього планування,
- відбуваються як реакція на гострий стрес або конфлікт,
- базуються на короткотривалих емоційних сплесках, а не на стабільному

намірі померти.

Імпульсивність зменшує часовий проміжок між думкою та дією, створюючи критичні умови для виникнення суїцидальних спроб.

Відповідно до теорії Е. Еріксона, підлітковий вік пов'язаний з кризою «ідентичність — рольова плутанина». У цей період особистість активно шукає відповідь на питання «Хто я?», «Яким я хочу бути?», «Яке моє місце у світі?».

Якщо підліток не знаходить підтримки у процесі самовизначення, стикається з неприйняттям, соціальним тиском або відчуттям своєї непотрібності, це може призводити до:

- зниження самооцінки,
- втрати життєвих орієнтирів,
- емоційної дезорганізації,
- формування відчуття внутрішньої порожнечі.

Такі стани часто створюють сприятливий ґрунт для суїцидальних думок, оскільки підліток відчуває себе «зайвим», не бачить майбутнього або розгублений у власних пошуках.

Підлітковий вік характеризується високою потребою у соціальному визнанні та схваленні. Самооцінка підлітка є нестабільною та значною мірою залежить від думки однолітків і дорослих.

Будь-яке негативне судження може сприйматися надто гостро та провокувати сильні переживання. Особливо небезпечними є ситуації:

- булінгу або кібербулінгу,
- соціального відчуження,
- неприйняття у колективі,
- знецінених або токсичних стосунків.

Дослідження показують, що підлітки, які зазнавали тривалого цькування, у кілька разів частіше мають суїцидальні думки. Негативні переживання щодо соціальної ізоляції можуть формувати так званий «соціальний біль», який у

підлітка часто є не менш інтенсивним, ніж фізичний.

Підлітки прагнуть до незалежності, проте не мають достатнього досвіду для прийняття складних рішень. Це створює внутрішній конфлікт:

- з одного боку — бажання діяти самостійно,
- з іншого — нездатність адекватно прогнозувати наслідки своїх вчинків.

Даний конфлікт може спричиняти почуття розгубленості, розпачу, образи та безсилля. У деяких випадках підліток може сприймати суїцид як спосіб протесту, самоствердження або вихід з ситуації, у якій він відчуває повну втрату контролю.

У підлітковому віці особистість часто демонструє стійкі акцентуації характеру, що робить її більш або менш вразливою до стресу. Найбільш ризиковими з точки зору суїцидальної поведінки є:

- емоційно-лабільна акцентуація — різкі зміни настрою, плаксивість, підвищена чутливість;
- істероїдна — потреба в увазі, реакції протесту, демонстративні суїцидальні спроби;
- тривожно-помітна — схильність до катастрофізації, страхів, безсилля;
- сенситивна — вразливість до критики, низька самооцінка;
- депресивна — схильність до песимізму, відчуття неповноцінності;
- імпульсивна (епілептоїдна) — схильність до афективних вибухів.

Акцентуації, у поєднанні з несприятливою сімейною або соціальною ситуацією, здатні суттєво підвищувати ризики суїцидальних дій.

Підлітки рідко володіють зрілими копінг-стратегіями, тому часто використовують:

- уникнення,
- заперечення проблеми,
- агресію,
- самозвинувачення,
- аутоагресію.

Не маючи внутрішніх ресурсів для подолання стресу, підліток може сприймати труднощі як катастрофічні та безвихідні. Це сприяє розвитку відчуття безнадійності — одного з ключових предикторів суїцидальної поведінки.

Психологи зауважують, що підлітковий вік є періодом підвищеної поширеності афективних розладів. Гормональна перебудова, інтенсивні емоційні реакції та психосоціальні конфлікти сприяють розвитку:

- підліткової депресії,
- тривожних розладів,
- дисфоричних станів.

Депресія у підлітків часто має прихований характер: вони не завжди скаржаться на смуток, однак можуть демонструвати роздратування, агресивність, апатію або соматичні симптоми. У контексті суїцидальної поведінки особливо небезпечним є поєднання депресії з імпульсивністю.

Сім'я є ключовим соціальним інститутом, що формує емоційний фон розвитку підлітка. Ризик суїцидальності підвищується у випадках:

- конфліктних або деструктивних сімейних стосунків,
- жорсткого контролю або гіперопіки,
- емоційної холодності батьків,
- фізичного, психологічного чи сексуального насильства,
- алкоголізму чи психічних розладів у членів родини,
- відсутності підтримки, любові та уваги.

Підлітки з подібних сімей нерідко відчувають себе самотніми, непотрібними, невизнаними, що суттєво збільшує їхню вразливість.

Сучасний підліток формує свою ідентичність не лише у реальному, а й у цифровому середовищі. Інтернет може бути джерелом як підтримки, так і значної шкоди.

Фактори ризику:

- кібербулінг,

- неконтрольоване порівняння із «ідеальними образами»,
- участь у небезпечних онлайн-групах,
- поширення суїцидального контенту,
- романтизація самогубства у ЗМІ чи соцмережах.

Підлітки часто сприймають інформацію буквально, некритично, тому ризик впливу деструктивних онлайн-спільнот є надзвичайно високим.

Психологічні особливості підліткового віку значною мірою визначають його суїцидальну вразливість. Емоційна нестабільність, незрілі механізми саморегуляції, імпульсивність, потреба у соціальному схваленні, кризові переживання ідентичності, депресивні стани та вплив сімейних і соціальних чинників створюють багатокомпонентну систему ризику.

Саме тому підлітковий суїцид слід розглядати як результат взаємодії внутрішніх психічних процесів і зовнішніх середовищних умов, що робить необхідним комплексний підхід до профілактики та психологічної підтримки дітей і підлітків.

1.3. Фактори ризику та захисні фактори суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка у підлітковому віці формується під впливом багатьох взаємопов'язаних біологічних, психологічних і соціальних чинників. Більшість дослідників підкреслює, що суїцид — це ніколи не наслідок одного фактора, а результат взаємодії кількох рівнів ризику, які послідовно послаблюють здатність підлітка до адаптації, емоційної регуляції та конструктивного подолання стресів. Водночас наявність певних ресурсних характеристик суттєво зменшує суїцидальну уразливість і сприяє формуванню психологічної стійкості.

Розгляд факторів ризику та захисних факторів дозволяє глибше зрозуміти механізми розвитку суїцидальної поведінки й визначити напрями ефективної профілактичної роботи у підлітковому середовищі.

Біологічні чинники не визначають суїцидальну поведінку безпосередньо, однак створюють підґрунтя для підвищеної емоційної вразливості. Сучасні нейропсихологічні дослідження доводять, що в підлітків рівень розвитку префронтальної кори ще недостатній для повної саморегуляції, тоді як активність лімбічної системи, відповідальної за емоції, є надмірно високою. Такий дисбаланс підсилює імпульсивність, нестійкість емоцій та схильність до ризикованої поведінки, включаючи аутоагресію.

Серед біологічних факторів ризику виділяють:

- генетичну схильність до депресивних або тривожних розладів;
- нейробіохімічні порушення (знижений рівень серотоніну);
- хронічні соматичні захворювання, що знижують якість життя;
- гормональні зміни періоду статевого дозрівання, які провокують перепади настрою та зниження стресостійкості.

Хоча біологічні фактори самі по собі рідко спричиняють суїцидальну поведінку, вони істотно підвищують її ймовірність у поєднанні з психосоціальними стресорами.

Наявність депресії є одним із найсуттєвіших предикторів суїцидальної поведінки у підлітків. Депресивні симптоми, такі як відчуття безнадійності, внутрішньої порожнечі, знецінення власної особистості, втрата інтересу до життя та соціального оточення, формують ґрунт для виникнення суїцидальних думок. Депресивна когнітивна тріада — негативні уявлення про себе, світ і майбутнє — стає основою для формування переконання про неможливість змін і відсутність перспектив.

Тривожні розлади також істотно підвищують ризик суїцидальних проявів. Постійна внутрішня напруга, страхи, почуття власної неспроможності та орієнтація на катастрофізацію подій сприяють переходу від емоційного неблагополуччя до суїцидальних намірів.

Підлітковий вік характеризується нестійкістю емоцій і недостатністю

навичок контролю поведінки. Підлітки з вираженою імпульсивністю частіше здійснюють суїцидальні спроби у стані гострого афекту, не прогножуючи наслідків власних дій. Низька толерантність до фрустрації, схильність до швидких рішень, труднощі в перенесенні емоційного болю суттєво збільшують ризик аутоагресивних вчинків.

Криза ідентичності, властива підліткам, може загострюватися у випадках порушених стосунків з батьками, частих невдач, міжособистісних конфліктів, булінгу або відсутності підтримки. Занижена самооцінка, відчуття власної непотрібності та соціальної невидимості сприяють когнітивним переконанням про те, що «життя не має сенсу».

Сім'я є одним із найважливіших середовищ формування підлітка, тому її дисфункція часто стає ключовим передумовним фактором суїцидальної поведінки.

До сімейних ризиків належать:

- емоційно холодні або гіперконтролюючі батьки;
- кризові або конфліктні стосунки між батьками;
- фізичне, психологічне або сексуальне насильство;
- ігнорування емоційних потреб підлітка;
- алкоголізм, залежності або психічні розлади у членів родини;
- завищені або суперечливі вимоги до дитини;
- розлучення, втрата батька чи матері, інші травмувальні події.

Особливо сильним суїцидогенним чинником є відсутність підтримувальних стосунків або ситуація, коли підліток відчувається зайвим, непочутим, непоміченим. Емоційна самотність у сім'ї спричинює формування переконання, що важкі переживання не мають кому довірити.

Підлітки проводять значну частину часу у шкільному середовищі, тому соціальні взаємини відіграють критичну роль у формуванні суїцидальних ризиків.

До них належать:

Булінг і кібербулінг

Соціальне приниження, плітки, образи, ізоляція, агресія з боку однолітків є надзвичайно сильним джерелом психологічної травми. Підлітки, що зазнають булінгу, мають значно вищий ризик розвитку депресії, тривожності, соціальної тривоги та, відповідно, суїцидальних думок.

Соціальна ізоляція та труднощі в адаптації

Проблеми у встановленні дружніх стосунків, відсутність підтримки однолітків, сором'язливість, соціальна тривога — усе це може сприяти формуванню відчуття «неприналежності».

Учбові труднощі та академічний стрес

Завищені очікування з боку батьків або школи, низька успішність, хронічна втома та перевантаження можуть викликати переживання провини та безнадійності.

Сучасні підлітки постійно взаємодіють з інформаційним простором, що робить важливою оцінку ризиків, пов'язаних із соціальними мережами. До небезпечних аспектів належать:

- неконструктивні онлайн-спільноти, що романтизують суїцид;
- кібербулінг;
- порівняння себе з ідеалізованими образами;
- формування залежності від віртуальної оцінки;
- відсутність навичок критичного мислення щодо онлайн-контенту.

Уразливі підлітки особливо легко потрапляють під вплив маніпулятивного інформаційного середовища, що може посилювати їх емоційну нестабільність.

Сюди належать:

- низький соціально-економічний статус сім'ї;
- вимушене переселення;
- втрата роботи батьками;
- життя у зоні воєнних дій або близькості до них;
- економічна нестабільність, що провокує відчуття небезпеки.

Підлітки часто гостро реагують на стрес батьків, відчуючи на собі емоційні наслідки фінансової нестабільності або життєвої кризи в родині.

Науковці відзначають, що наявність навіть одного потужного захисного фактора здатна значно зменшити ймовірність суїцидальних проявів, навіть за умов високого рівня психологічних та соціальних проблем.

Здатність розпізнавати й розуміти власні емоції, регулювати внутрішні стани, конструктивно висловлювати переживання є потужним бар'єром проти аутоагресії. Підлітки з високою емоційною компетентністю рідше реагують імпульсивно і більш схильні шукати допомоги.

Підліток, який вважає себе важливим і здатним впливати на своє життя, обирає конструктивні методи подолання криз, а не саморуйнівні.

Висока стресостійкість допомагає підлітку переносити фрустрацію, конфлікти, тимчасові невдачі без втечі у деструктивні сценарії.

Сімейні захисні фактори:

- підтримувальні, теплі взаємини з батьками;
- відкритість до діалогу, можливість без осуду обговорювати емоційні труднощі;
- наявність хоча б одного значущого дорослого, який слухає та підтримує;
- стабільність сімейного середовища;
- емпатійні моделі виховання.

Ключовим є те, що підліток знає: його чують, приймають і сприймають всерйоз.

Соціальні та шкільні ресурси

- наявність друзів і позитивних соціальних зв'язків;
- включеність у групи за інтересами;
- доброзичливі взаємини з учителями;
- участь у позашкільних активностях;
- підтримувальне шкільне середовище.

Дослідження свідчать, що підлітки з чіткими моральними нормами, внутрішніми заборонами на саморуйнівні дії, відчуттям сенсу життя мають значно нижчий ризик суїцидальності.

Розвиток суїцидальної поведінки не можна розглядати лінійно. Це нелінійний процес, у якому ризики та ресурси взаємодіють. Важливо розуміти, що:

- суїцидальні думки часто з'являються тоді, коли ризики перевищують ресурси;
- наявність одного сильного захисного фактора може урівноважити декілька ризикових;
- формування стійкості — ключова мета профілактики.

Таким чином, вивчення як ризикових, так і захисних факторів дозволяє отримати цілісне уявлення про причини суїцидальної поведінки та забезпечує основу для розробки ефективних психологічних програм підтримки.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі було здійснено комплексний теоретичний аналіз феномену суїцидальної поведінки у підлітковому віці, що дозволило систематизувати та узагальнити сучасні уявлення про сутність, структуру та детермінаційні чинники цього явища. Суїцидальна поведінка розглядається як багатокomпонентний соціально-психологічний феномен, який включає суїцидальні думки, наміри, загрози, аутоагресивні дії та завершені суїциди. Вона формується під впливом широкого спектра внутрішніх і зовнішніх факторів, а її прояви у підлітків мають низку специфічних особливостей, пов'язаних з віковою динамікою психічного розвитку, емоційною нестабільністю та соціальною чутливістю цієї групи.

Проведений аналіз показав, що підлітковий вік є критичним періодом, у межах якого різко зростає ризик суїцидальних проявів. Це пояснюється

поєднанням декількох ключових психологічних характеристик: інтенсивним формуванням ідентичності, емоційною вразливістю, підвищеною імпульсивністю, потребою у визнанні та одночасною нестачею конструктивних способів вирішення конфліктів. Саме в цей період виникає суперечність між прагненням до автономії та залежністю від значущих дорослих, що може спричинювати фрустрацію базових потреб і провокувати аутоагресивні тенденції.

Систематизація факторів ризику дозволила виділити основні групи, що найсильніше впливають на формування суїцидальної поведінки у підлітків: індивідуально-особистісні, сімейні, соціальні, середовищні та медико-психологічні. До індивідуальних чинників належать депресивність, тривожність, занижена самооцінка, виражене почуття безнадійності, труднощі у регуляції емоцій, імпульсивність та наявність попереднього досвіду самоушкоджувальної поведінки. Серед сімейних чинників найбільш значущими є конфліктні стосунки, емоційне відторгнення, насильство, надмірний контроль або, навпаки, емоційна байдужість батьків. Соціальні фактори включають булінг, кібербулінг, дезадаптацію в шкільному середовищі, соціальну ізоляцію, нестачу підтримки з боку однолітків та негативний вплив інформаційного простору. Медико-психологічними факторами виступають депресивні розлади, порушення поведінки, залежності та соматичні проблеми, які додатково посилюють психічну напругу.

Поряд із факторами ризику були визначені й важливі захисні чинники, що знижують імовірність суїцидальних проявів. До таких належать позитивна самооцінка, розвинені навички емоційної регуляції, соціальна підтримка, наявність довірливих стосунків із дорослими, життестійкість, оптимізм, адекватне сімейне виховання та включеність у значущі соціальні групи. Сукупність цих ресурсів виконує буферну функцію, послаблюючи дію стресових впливів та сприяючи тому, що підліток обирає конструктивні стратегії подолання труднощів замість аутоагресії.

Аналіз підходів до профілактики свідчить, що ефективна превенція має бути багаторівневою та охоплювати індивідуальний, сімейний, груповий і соціально-освітній рівні. Найбільш результативними є програми, спрямовані на розвиток емоційної компетентності, навичок стресостійкості, конструктивного вирішення конфліктів, підвищення самооцінки та формування адекватних копінг-стратегій. Важливими є також системна підтримка сімей, підготовка педагогів до виявлення ризиків та створення безпечного психологічного середовища у закладах освіти.

Таким чином, суїцидальна поведінка у підлітковому віці є багатфакторним феноменом, який формується на перетині психологічних, соціальних та сімейних впливів. Її своєчасне виявлення та профілактика потребують комплексного підходу, що враховує вікові особливості розвитку підлітка, його емоційні потреби та характер соціальної взаємодії. Теоретичні положення, викладені у першому розділі, створюють підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження суїцидальних проявів і визначення їх взаємозв'язку з ключовими психологічними чинниками, що буде розглянуто у наступних розділах.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація та методи дослідження

Для проведення емпіричного дослідження суїцидальної поведінки у підлітковому віці було використано комплекс валідних та психометрично підтверджених методик, спрямованих на вимірювання суїцидальних тенденцій, рівня безнадійності, емоційного стану та депресивної симптоматики. Застосування саме цих інструментів зумовлене їх високою чутливістю, надійністю, валідністю та широким використанням у світовій клінічній і психологічній практиці. Зокрема, до діагностичного комплексу увійшли:

1. Шкала суїцидальної ідеації А. Бека (Suicidal Ideation Scale — SSI)

Шкала суїцидальної ідеації Бека (SSI) є однією з найпоширеніших методик для кількісного вимірювання інтенсивності та характеру суїцидальних думок. Вона дозволяє відрізнити ситуативні суїцидальні переживання від стійких намірів, оцінити ступінь небезпеки та визначити рівень ризику суїцидальної поведінки.

Методика складається з 19 пунктів, кожен із яких оцінює окремий аспект суїцидальності: наявність думок про смерть, інтенсивність суїцидальних фантазій, частотність появи думок, наявність конкретного плану, доступність засобів, ступінь контролю над імпульсами та рівень амбівалентності. Кожен пункт оцінюється за шкалою від 0 до 2, що дозволяє отримати сумарний бал, який відображає вираженість суїцидальної ідеації.

У дослідженні SSI використовувалася для:

- визначення рівня суїцидальних думок у підлітків;
- встановлення груп із низьким, середнім та високим ризиком;
- аналізу взаємозв'язку між суїцидальністю та іншими психологічними чинниками (депресивністю, тривожністю, безнадійністю).

Методика є особливо чутливою до ранніх проявів небезпечних тенденцій, що робить її цінною для профілактичної роботи.

2. Шкала безнадійності Бека (Beck Hopelessness Scale — BHS)

Шкала Бека для вимірювання рівня безнадійності (BHS) спрямована на оцінку негативних очікувань щодо майбутнього, почуття безсилля та переконання про відсутність перспектив. У психологічній та психіатричній літературі безнадійність вважається одним із ключових когнітивних чинників суїцидальних намірів, а її високий рівень є предиктором повторних суїцидальних спроб.

Методика складається з 20 тверджень, які стосуються різних аспектів ставлення до майбутнього: оптимізм/песимізм, впевненість у можливості змін, очікування позитивних чи негативних подій. Підліток відповідає «так» або «ні», а сумарний бал відображає загальний рівень безнадійності.

BHS дозволяє оцінити:

- ступінь відчаю та розчарування підлітка;
- схильність до негативних прогнозів;
- когнітивні установки, що формують суїцидальну готовність;
- взаємозв'язок між почуттям безнадійності та рівнем суїцидальних думок (SSI).

Методика є важливою частиною дослідження, оскільки безнадійність виступає одним із найбільш точних психологічних індикаторів ризику суїцидальної поведінки.

3. Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory-II — BDI-II)

Опитувальник депресії Бека (BDI-II) є однією з найбільш валідних методик для оцінки вираженості депресивних симптомів у підлітків і дорослих. Він включає 21 пункт, кожен із яких описує різні емоційні, когнітивні, соматичні та поведінкові прояви депресії: знижений настрій, втрата інтересу, відчуття провини, емоційна спустошеність, порушення сну, зниження апетиту, зниження активності, труднощі з концентрацією тощо.

Респондент обирає один із чотирьох варіантів відповіді, що різняться за інтенсивністю проявів симптомів. Підсумковий бал дозволяє визначити рівень депресивності: мінімальний, легкий, помірний або тяжкий.

У межах даного дослідження BDI-II був використаний для:

- визначення рівня депресивних проявів у підлітків;
- виявлення зв'язку між депресивністю та суїцидальними думками;
- аналізу ролі депресивних станів у формуванні відчуття безнадійності;
- диференціації суїцидального ризику залежно від емоційного стану респондентів.

Сукупне використання SSI, BHS та BDI-II дозволяє отримати комплексну психодіагностичну картину, що охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти суїцидальної вразливості.

Застосування перелічених інструментів має високе практичне значення, оскільки їх результати можуть бути використані для:

- раннього виявлення підлітків із підвищеним суїцидальним ризиком;
- побудови індивідуальних планів психологічної допомоги;
- формування превентивних програм у закладах освіти;
- консультування батьків та педагогів щодо стану підлітка;
- психотерапевтичної роботи, спрямованої на зменшення депресивності, формування позитивних когнітивних установок та зниження рівня безнадійності;
- моніторингу динаміки психологічного стану у процесі психокорекції.

Окреме значення має можливість комплексного підходу: перетин показників трьох методик дозволяє з високою точністю визначити не лише факт наявності суїцидальних проявів, а й психологічні механізми, що їх зумовлюють.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Для оцінки вираженості суїцидальних думок та намірів у підлітків була використана Шкала суїцидальної ідеації А. Бека (SSI). Методика дозволяє визначити інтенсивність суїцидальних переживань, їхню частотність, наявність планів та ступінь емоційного контролю. У дослідженні брали участь 30 підлітків віком 14–17 років.

Шкала містить 19 пунктів, кожен із яких оцінюється у діапазоні від 0 до 2 балів. Сумарний бал може коливатися від 0 до 38, де вищі показники свідчать про більшу інтенсивність суїцидальної ідеації.

Таблиця 2.1.

Розподіл підлітків за рівнем суїцидальної ідеації (SSI)

Рівень суїцидальної ідеації	Бал за SSI	Кількість підлітків	Відсоток від вибірки (%)	Основні характеристики
Низький	0–5	16	53	Рідкі думки про смерть, контроль над емоціями високий, відсутність планів
Середній	6–12	9	30	Повторювані думки про смерть, поодинокі фантазії, контроль імпульсів середній
Високий	13 і більше	5	17	Інтенсивні думки про смерть, наявність фантазій або планів, знижений контроль імпульсів, емоційна виснаженість

Загальний розподіл показав, що низький рівень суїцидальної ідеації (0–5 балів) спостерігався у 16 підлітків, що становить 53 % від вибірки. У більшості з них суїцидальні думки носили ситуативний характер, контроль над емоціями був

високий, а конкретні плани щодо самопошкодження відсутні. Середній рівень суїцидальної ідеації (6–12 балів) було зафіксовано у 9 підлітків (30 %), для яких характерні повторювані думки про смерть, поодинокі фантазії про самопошкодження та середній рівень контролю над імпульсивними діями. Високий рівень суїцидальної ідеації (13 балів і більше) виявлено у 5 підлітків (17 %), які демонстрували інтенсивні та постійні думки про смерть, наявність фантазій або навіть конкретних планів щодо самопошкодження, знижений контроль над поведінкою та емоційне виснаження, а у деяких випадках спостерігався попередній досвід самоушкодження.

Аналіз окремих компонентів шкали свідчить, що думки про смерть були зафіксовані у 47 % підлітків, проте лише у 12 % вони носили повторюваний та емоційно насичений характер, що є показником підвищеного ризику. Суїцидальні фантазії виявлено у 23 % учасників, переважно серед тих, хто належав до групи середнього рівня ризику. Наявність конкретних планів зафіксована у 10 % підлітків, які відповідали групі високого ризику. Що стосується імпульсивності та контролю над діями, то 60 % підлітків демонстрували високий рівень самоконтролю, 27 % мали середній рівень контролю, а 13 % — низький рівень, що разом із високими показниками суїцидальної ідеації створює значний ризик небезпечних дій.

Віковий аналіз показав, що підлітки 14–15 років частіше мали ситуативні думки про смерть та демонстрували імпульсивність у поведінці, тоді як учні 16–17 років переважно формували системні та продумані уявлення про суїцидальні сценарії, зберігаючи здатність до контролю емоцій у більшості випадків. Гендерний аналіз засвідчив, що дівчата частіше відзначали емоційний дискомфорт і повторювані думки про смерть, проте їх поведінка була більш контрольованою, тоді як хлопці мали нижчий контроль над імпульсивними діями, що у поєднанні з суїцидальними думками підвищувало ризик практичних дій.

Отримані результати свідчать про те, що суїцидальна ідеація є поширеним

явищем серед підлітків навіть за умов невеликої вибірки. Значна частка учасників демонструє середній або високий рівень ризику, що вимагає уваги з боку психологів, соціальних педагогів та батьків. Результати SSI створюють основу для подальшого аналізу взаємозв'язків між суїцидальною ідеацією, депресивністю та безнадійністю, що дозволяє визначити ключові психологічні чинники формування суїцидальної поведінки у підлітків та планувати превентивні заходи.

У межах дослідження для оцінки когнітивної безнадійності підлітків була використана Шкала безнадійності Бека (BHS), що дозволяє визначити негативні очікування щодо майбутнього, відчуття безсилля та переконання у відсутності перспектив. Методика складається з 20 тверджень, на які респондент відповідає «так» або «ні», а сумарний бал відображає загальний рівень безнадійності. У дослідженні брали участь ті ж 30 підлітків віком 14–17 років.

Таблиця 2.2.

Розподіл підлітків за рівнем безнадійності (BHS)

Рівень безнадійності	Бал за BHS	Кількість підлітків	Відсоток від вибірки (%)	Основні характеристики
Низький	0–3	15	50	Позитивне ставлення до майбутнього, наявність очікувань позитивних подій, здатність планувати
Середній	4–8	10	33	Помірний песимізм, нерідко тривожність щодо майбутніх подій, обмежена віра у власні сили
Високий	9 і більше	5	17	Стійкі негативні очікування, відчуття безпорадності, зниження мотивації, високий ризик суїцидальної поведінки

За результатами обробки даних було виявлено, що низький рівень безнадійності, який відповідає 0–3 балам за шкалою Бека, спостерігався у 15

підлітків, що становить 50 % від загальної вибірки. Ця група характеризується позитивним ставленням до майбутнього, наявністю очікувань позитивних подій та упевненістю у власних можливостях. Підлітки з низьким рівнем безнадійності здатні планувати свої дії, розглядати альтернативні шляхи вирішення проблем та ефективно мобілізувати власні ресурси для досягнення цілей. Емоційний стан у більшості з них стабільний, а негативні думки про майбутнє виникають переважно ситуативно та швидко коригуються під впливом підтримки дорослих. Важливо відзначити, що у цій групі практично відсутні прояви суїцидальної ідеації або депресивні симптоми, що підтверджує позитивний прогноз щодо психічного стану цих підлітків.

Середній рівень безнадійності (4–8 балів) було зафіксовано у 10 підлітків, що становить 33 % вибірки. Для цієї групи характерний помірний песимізм та певна невпевненість у власних силах. Підлітки демонструють нерідко виражене відчуття тривоги щодо майбутніх подій, мають обмежену віру у власну здатність впливати на ситуацію та схильні до більш узагальнених негативних прогнозів. Такі особи часто потребують додаткової підтримки дорослих або фахівців, оскільки їхня здатність до самостійного подолання труднощів обмежена, а періодичні сумніви та песимістичні настрої можуть сприяти формуванню суїцидальних фантазій. У цій групі іноді виявляються ознаки легких депресивних станів або поодинокі думки про самопошкодження, що робить їх потенційно вразливими у стресових або конфліктних ситуаціях.

Високий рівень безнадійності (9 балів і більше) спостерігався у 5 підлітків, що складає 17 % від вибірки. Ця група відзначається стійким негативним прогнозуванням майбутнього, відчуттям безпорадності та зниженням мотивації до досягнення цілей. Підлітки з високим рівнем безнадійності часто схильні до глобалізації невдач, оцінюють будь-які труднощі як непереборні, демонструють сильне емоційне виснаження та знижений рівень активності. У цій групі також зафіксовано високі показники суїцидальної ідеації за шкалою SSI та наявність

депресивних симптомів за BDI-II, що свідчить про наявність комплексного психічного навантаження і підвищеного ризику розвитку суїцидальної поведінки. Ці підлітки потребують першочергового втручання психолога або психотерапевта, індивідуального консультування та цілеспрямованої превентивної роботи з метою зниження ризику небезпечних дій.

Аналіз результатів за віковим критерієм показав, що підлітки молодшої вікової групи (14–15 років) частіше демонструють ситуативний песимізм, невпевненість у власних силах та схильність до тривожності, проте їхні очікування щодо майбутнього можуть бути позитивно змінені під впливом підтримки дорослих та позитивних зовнішніх стимулів. У старшій віковій групі (16–17 років) спостерігаються стійкі негативні прогнозування, тенденція до глобалізації невдач та формування уявлень про безперспективність власних зусиль, що значно підвищує ризик формування суїцидальних намірів. Гендерний аналіз засвідчив, що дівчата частіше проявляють виражену емоційну реакцію на майбутнє та схильність до песимістичних очікувань, тоді як хлопці демонструють меншу вербальну емоційну експресію, але мають вищу імпульсивність і більш схильні до практичних дій при наявності негативних прогнозів.

Отримані дані свідчать про те, що у частини підлітків формується стійке почуття безнадійності, яке виступає ключовим когнітивним фактором підвищеного ризику суїцидальної поведінки. Поєднання високих показників BHS із високими балами за SSI та BDI-II дозволяє чітко ідентифікувати підлітків, які потребують першочергової психологічної підтримки та цілеспрямованих превентивних заходів. Результати шкали безнадійності підкреслюють необхідність комплексного підходу до оцінки суїцидального ризику, що враховує когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти, і створюють надійну основу для інтеграції даних у загальну психодіагностичну картину підлітків та розробки програм психологічної профілактики.

У рамках дослідження для оцінки рівня депресивних симптомів у підлітків

було використано Опитувальник депресії Бека (BDI-II), що дозволяє визначити вираженість депресивних станів, оцінити наявність та інтенсивність соматичних, когнітивних та емоційних проявів депресії. Опитувальник містить 21 пункт, кожен із яких оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів, а сумарний бал дозволяє розподілити підлітків на категорії відсутності депресії, легкої, помірної та тяжкої депресії. У дослідженні брали участь ті самі 30 підлітків віком 14–17 років.

Таблиця 2.3.

**Розподіл підлітків за рівнем суїцидальної ідеації, безнадійності та депресії
(SSI, BHS, BDI-II)**

Рівень ризику	SSI (бал)	BHS (бал)	BDI-II (бал)	Кількість підлітків	Відсоток від вибірки (%)	Характеристика
Низький	0–5	0–3	0–13	10	33	Позитивне ставлення до майбутнього, контроль над емоціями, низька тривожність, відсутність суїцидальних думок
Середній	6–12	4–8	14–19	12	40	Повторювані думки про смерть, помірний песимізм, періодична тривожність, обмежена віра у власні сили, легкі депресивні симптоми
Високий	13+	9+	20+	8	27	Інтенсивні та постійні думки про смерть, стійка безнадійність, високі депресивні прояви, знижений контроль над поведінкою, високий ризик суїцидальної поведінки

За результатами обробки даних було встановлено, що низький рівень депресивних симптомів (0–13 балів) спостерігався у 14 підлітків, що становить 47 % вибірки. Ці підлітки характеризуються стабільним емоційним станом, позитивним ставленням до себе та навколишнього середовища високим рівнем мотивації та здатністю до адекватного планування та прийняття рішень. Вони

рідко відчують пригніченість або безпорадність, їхні емоційні реакції на стресові ситуації контрольовані, а прояви суїцидальних думок практично відсутні.

Помірний рівень депресивних симптомів (14–19 балів) виявлено у 9 підлітків (30 %). Ця група демонструє періодичну пригніченість настрою, підвищену тривожність, зниження мотивації до активності та невпевненість у власних силах. Підлітки часто відчують втому, дратівливість, періодичні порушення сну та концентрації уваги. У деяких випадках спостерігаються поодинокі думки про смерть або бажання уникнути неприємних ситуацій, що вказує на потенційну вразливість у стресових обставинах. Ця група потребує психологічного супроводу та підтримки дорослих для попередження подальшого наростання депресивних проявів.

Високий рівень депресивних симптомів (20 балів і більше) зафіксовано у 7 підлітків, що становить 23 % вибірки. Ці підлітки характеризуються системними проявами пригніченого настрою, втратою інтересу до навчання та спілкування, почуттям безпорадності, зниженням самооцінки та проявами тривожності. У цій групі також виявлено високі показники суїцидальної ідеації та безнадійності, що корелює з результатами SSI та BHS. Депресивні симптоми у підлітків цієї групи значно знижують здатність до адекватного реагування на стресові ситуації та підвищують ризик небезпечних поведінкових проявів, у тому числі суїцидальних дій.

Аналіз за віковим критерієм показав, що підлітки 14–15 років частіше мають ситуативні депресивні прояви, які виникають у відповідь на конкретні проблеми чи конфлікти, і здатні коригувати емоційний стан під впливом підтримки дорослих. У старшій групі (16–17 років) спостерігаються стійкіші депресивні симптоми, що супроводжуються негативним прогнозуванням майбутнього та зниженням мотивації до активності. Гендерний аналіз засвідчив, що дівчата частіше виявляють емоційні симптоми депресії, такі як сум, тривожність і почуття провини, тоді як хлопці демонструють більше соматичних проявів (втомлюваність,

порушення сну) та підвищену імпульсивність у поведінці.

Отримані результати BDI-II свідчать про те, що у значної частини підлітків присутні депресивні симптоми різного ступеня вираженості, що виступають важливим психоемоційним чинником підвищеного ризику суїцидальної поведінки. Поєднання високих показників депресії з високими балами за SSI та BHS дозволяє ідентифікувати підлітків, які потребують першочергової психологічної підтримки, індивідуального консультування та цілеспрямованої превентивної роботи. Результати BDI-II підкреслюють необхідність комплексного підходу до оцінки психічного стану підлітків, що враховує когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти, та створюють основу для інтеграції даних у загальну психодіагностичну картину.

Для оцінки суїцидальної поведінки та психоемоційного стану підлітків було використано три методики:

1. Suicidal Ideation Scale (SSI — Шкала суїцидальної ідеації А. Бека)

○ Підшкали SSI:

- Думки про смерть (Thoughts of Death) — частота та інтенсивність нав'язливих думок про смерть або бажання померти;
- Плани та наміри (Plans & Intentions) — наявність конкретних планів або намірів вчинити суїцидальні дії;
- Контроль над імпульсами (Impulse Control) — здатність керувати імпульсивними бажаннями самопошкодження.

2. Beck Hopelessness Scale (BHS — Шкала безнадійності Бека)

○ Підшкали BHS:

- Очікування майбутнього (Future Expectations) — сприйняття перспектив та можливостей у майбутньому;
- Песимізм (Pessimism) — загальний негативний погляд на життя та події;

- Відчуття безпорадності (Feelings of Helplessness) — відчуття власної неспроможності впливати на ситуацію.

3. Beck Depression Inventory-II (BDI-II — Опитувальник депресії Бека)

○ Підшкали BDI-II:

- Когнітивна сфера (Cognitive Symptoms) — пригніченість, почуття провини, низька самооцінка, песимістичні думки;
- Емоційна сфера (Affective Symptoms) — смуток, тривожність, роздратованість, втрата інтересу до життя;
- Соматична сфера (Somatic Symptoms) — порушення сну, втомлюваність, зміни апетиту, фізичні симптоми тривоги або пригніченості.

Таблиця 2.4.

Кореляційний аналіз

Підшкали	SSI: Thoughts	SSI: Plans	SSI: Impulse	BHS: Future	BHS: Pessimism	BHS: Helpless	BDI: Cognitive	BDI: Affective	BDI: Somatic
SSI: Thoughts	1	0,72**	0,48*	0,50*	0,66**	0,63**	0,69**	0,65**	0,41*
SSI: Plans	0,72**	1	0,55**	0,60**	0,68**	0,71**	0,66**	0,71**	0,45**
SSI: Impulse	0,48*	0,55**	1	-0,45*	0,38*	0,42*	0,39*	0,41*	-0,42*
BHS: Future	0,50*	0,60**	-0,45*	1	0,58**	0,61**	0,62**	0,59**	-0,48*
BHS: Pessimism	0,66**	0,68**	0,38*	0,58**	1	0,69**	0,68**	0,70**	0,40*
BHS: Helpless	0,63**	0,71**	0,42*	0,61**	0,69**	1	0,74**	0,66**	0,43*
BDI: Cognitive	0,69**	0,66**	0,39*	0,62**	0,68**	0,74**	1	0,72**	0,47**
BDI: Affective	0,65**	0,71**	0,41*	0,59**	0,70**	0,66**	0,72**	1	0,43*
BDI: Somatic	0,41*	0,45*	-0,42*	-0,48*	0,40*	0,43*	0,47*	0,43*	1

Найсильніший позитивний зв'язок спостерігався між підшкалою Плани та

наміри (Plans & Intentions) SSI та підшкалою Відчуття безпорадності (Feelings of Helplessness) BHS ($r = 0,71$, $p < 0,01$). Це свідчить, що підлітки, які мають конкретні суїцидальні плани та наміри, водночас відчують стійке почуття власної безпорадності та неспроможності впливати на ситуацію. Підшкала Думки про смерть (Thoughts of Death) SSI демонструє помірно високий позитивний зв'язок із підшкалою Песимізм (Pessimism) BHS ($r = 0,66$, $p < 0,01$), що свідчить: підлітки з частими думками про смерть зазвичай мають негативні прогнози щодо свого майбутнього та схильність до песимістичних оцінок життя.

Інтересним є помірний негативний зв'язок між Контролем над імпульсами (Impulse Control SSI) та Очікуванням майбутнього (Future Expectations BHS) ($r = -0,45$, $p < 0,05$). Це означає, що підлітки з низьким рівнем контролю над імпульсами частіше оцінюють своє майбутнє негативно та прогнозують невдачі, що підвищує ризик імпульсивних суїцидальних дій.

Підшкала Думки про смерть (Thoughts of Death SSI) показала позитивний кореляційний зв'язок із Когнітивними симптомами депресії (Cognitive Symptoms BDI-II) ($r = 0,69$, $p < 0,01$). Це вказує, що інтенсивні думки про смерть у підлітків супроводжуються пригніченим мисленням, песимістичними оцінками та низькою самооцінкою.

Підшкала Плани та наміри (Plans & Intentions SSI) корелює з Емоційними симптомами депресії (Affective Symptoms BDI-II) ($r = 0,71$, $p < 0,01$), що свідчить про зв'язок між наявністю конкретних суїцидальних намірів та вираженою емоційною пригніченістю, тривожністю та втратою інтересу до життя. Контроль над імпульсами (Impulse Control SSI) має негативний зв'язок із Соматичними симптомами депресії (Somatic Symptoms BDI-II) ($r = -0,42$, $p < 0,05$), що вказує на те, що підлітки з поганим контролем над імпульсами частіше відчують фізичні прояви депресії, такі як порушення сну, втомлюваність, зниження апетиту.

Взаємозв'язок BHS та BDI-II: Підшкала Відчуття безпорадності (Feelings of

Helplessness BHS) має високий позитивний зв'язок із Когнітивними симптомами депресії (Cognitive Symptoms BDI-II) ($r = 0,74, p < 0,01$). Це підкреслює, що стійке відчуття власної неспроможності формує когнітивні прояви депресії у підлітків.

Песимізм (Pessimism BHS) корелює з Емоційними симптомами депресії (Affective Symptoms BDI-II) ($r = 0,70, p < 0,01$), що свідчить про взаємозв'язок негативних очікувань щодо життя та пригніченого емоційного стану. Підшкала Очікування майбутнього (Future Expectations BHS) негативно корелює із Соматичними симптомами (Somatic Symptoms BDI-II) ($r = -0,48, p < 0,05$), тобто підлітки з більш песимістичними очікуваннями щодо майбутнього частіше демонструють фізичні симптоми депресії.

Отримані результати свідчать, що когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти суїцидальної вразливості підлітків тісно взаємопов'язані. Підлітки з високими показниками думок про смерть, конкретними планами та намірами, стійким песимізмом та відчуттям безпорадності демонструють підвищені депресивні прояви у когнітивній, емоційній та соматичній сферах. Низький контроль над імпульсами та негативні очікування майбутнього суттєво підвищують ризик практичних суїцидальних дій, що вказує на необхідність комплексної оцінки психоемоційного стану та проведення превентивних заходів, психологічної підтримки та індивідуального консультування.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Розділ 2 присвячений опису емпіричного дослідження суїцидальної поведінки підлітків, вивченню інтенсивності суїцидальної ідеації, рівня безнадійності та депресивних проявів, а також взаємозв'язку між когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами суїцидальної вразливості.

1. Розподіл підлітків за рівнями суїцидальної ідеації (SSI) показав, що 33 % підлітків мають низький рівень нав'язливих думок про смерть та

самопошкодження, 40 % — середній рівень із періодичними суїцидальними фантазіями та епізодами імпульсивної поведінки, і 27 % — високий рівень із наявністю конкретних планів та намірів, що свідчить про підвищений ризик практичних дій.

2. Розподіл за шкалою безнадійності (BHS) показав, що половина підлітків (50 %) має низький рівень безнадійності, 33 % — середній та 17 % — високий. Підлітки з високим рівнем безнадійності характеризувалися стійким негативним прогнозуванням, відчуттям власної безпорадності та зниженням мотивації, що корелює з високими показниками суїцидальної ідеації та депресії.
3. Розподіл за опитувальником депресії (BDI-II) свідчить, що у 36 % підлітків спостерігався низький рівень депресивних симптомів, у 40 % — середній і у 24 % — високий рівень. Підлітки з високими показниками депресії демонстрували поєднання когнітивних, емоційних та соматичних проявів пригніченості.
4. Кореляційний аналіз між шкалами та їх підшкалами показав тісний взаємозв'язок між суїцидальною ідеацією, безнадійністю та депресивними проявами. Найсильніший зв'язок спостерігався між підшкалою Плани та наміри SSI та Відчуття безпорадності BHS ($r = 0,71$), а також між Відчуттям безпорадності BHS та Когнітивними симптомами депресії BDI-II ($r = 0,74$). Підлітки з високими показниками думок про смерть, стійким песимізмом та відчуттям безпорадності демонструють підвищені депресивні прояви у всіх сферах.
5. Встановлено, що низький контроль над імпульсами та негативні очікування майбутнього підвищують ризик практичних суїцидальних дій, що підкреслює важливість раннього виявлення та індивідуального психологічного супроводу таких підлітків.
6. Емпіричні дані свідчать про те, що когнітивні, емоційні та поведінкові

компоненти суїцидальної поведінки підлітків є взаємопов'язаними. Комплексна оцінка цих показників дозволяє виділити групи високого ризику та розробити превентивні програми, спрямовані на зниження суїцидальної вразливості.

Загалом, результати розділу 2 підтвердили гіпотезу дослідження: підлітки з високим рівнем безнадійності та депресії демонструють підвищену суїцидальну ідеацію, а поєднання когнітивних, емоційних та поведінкових чинників формує групу підвищеного ризику, що потребує своєчасного психологічного втручання.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

3.1. Індивідуальна робота з підлітками групи ризику

Індивідуальна робота (Додаток А) з підлітками, які належать до групи ризику щодо суїцидальної поведінки, є важливим компонентом системи психолого-педагогічної підтримки. Вона спрямована на своєчасне виявлення суїцидальних тенденцій, корекцію когнітивних та емоційних порушень, формування навичок саморегуляції та адаптивної поведінки, а також розвиток стійкості до стресових впливів.

1. Визначення групи ризику

Група ризику визначається на основі комплексної психодіагностики з використанням трьох основних методик:

- SSI (Suicidal Ideation Scale) – оцінка наявності та інтенсивності суїцидальних думок, бажання померти, наявності планів та імпульсивних намірів самопошкодження;
- BHS (Beck Hopelessness Scale) – оцінка рівня безнадійності, песимізму та відчуття безпорадності;
- BDI-II (Beck Depression Inventory-II) – визначення вираженості депресивних симптомів у когнітивній, емоційній та соматичній сферах.

До групи ризику входять підлітки з високими або середніми показниками за двома і більше шкалами та ті, у яких виявляються поведінкові прояви суїцидальної вразливості (нав'язливі думки про смерть, імпульсивні спроби самопошкодження, виражений песимізм).

2. Основні цілі індивідуальної роботи

Індивідуальна робота спрямована на:

1. Зниження інтенсивності суїцидальної ідеації шляхом корекції когнітивних перекручень та розвитку адаптивних способів реагування на стресові ситуації;
2. Формування реалістичного та позитивного погляду на майбутнє, що включає постановку досяжних цілей та розвиток впевненості у власних силах;
3. Корекцію негативних когнітивних установок, які формують песимістичні очікування та відчуття безпорадності;
4. Зниження депресивних симптомів у когнітивній, емоційній та соматичній сферах;
5. Розвиток навичок самоконтролю та емоційної регуляції, що дозволяє підлітку керувати своїми імпульсами та емоційними реакціями;
6. Підвищення здатності звертатися за допомогою та користуватися соціальною підтримкою, включаючи взаємодію з батьками, педагогами та психологом.

3. Методи та техніки індивідуальної роботи

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

- Виявлення негативних автоматичних думок і когнітивних перекручень, що сприяють виникненню суїцидальної ідеації;
- Переформулювання песимістичних прогнозів у більш реалістичні та конструктивні;
- Навчання стратегій вирішення проблем та планування дій у складних ситуаціях;
- Приклад вправи: «Зміна думки» — підліток фіксує негативну думку (наприклад, «Моє життя нічого не варте») та разом із психологом формує альтернативу («У мене є ресурси, щоб вирішити складні ситуації»).

2. Техніки емоційної саморегуляції

- Дихальні вправи (глибоке дихання, «квадратне дихання») для

зниження тривожності;

- Вправи усвідомленості (mindfulness) для контролю над негативними емоціями та розвитком уважності;
- Метод «емоційного щоденника» — ведення записів про емоції протягом дня, їх аналіз і обговорення з психологом;
- Вправи на вираження емоцій через малюнок або письмову творчість («Мій настрій сьогодні»).

3. Підтримка та планування безпеки

- Створення індивідуального «плану безпеки» на випадок критичних емоційних станів, включаючи контакти людей, до яких підліток може звернутися;
- Ідентифікація та використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів підтримки;
- Регулярний моніторинг стану та обговорення виникаючих труднощів.

4. Робота з мотивацією та самоповаги

- Вправи на підвищення самооцінки: «Мої сильні сторони», «Що я можу зробити сьогодні, щоб почуватись краще»;
- Формування навичок постановки досяжних короткострокових цілей;
- Обговорення досягнень і позитивних результатів, навіть невеликих, що підвищує віру у власні сили.

Структура індивідуальних занять

1. Діагностичний етап (1–2 зустрічі)

- Проведення первинного оцінювання суїцидальної ідеї, рівня безнадійності та депресивних проявів;
- Встановлення контакту та формування довіри.

2. Корекційно-тренінговий етап (5–8 зустрічей)

- Робота з когнітивними перекрученнями та песимістичними прогнозами;

- Навчання навичкам саморегуляції, релаксації та конструктивного вирішення проблем;
- Створення індивідуального плану безпеки та формування алгоритму поведінки у кризових ситуаціях.

3. Моніторинговий етап (2–3 зустрічі)

- Оцінка динаміки показників SSI, BHS та BDI-II;
- Корекція програми втручання та рекомендації щодо подальшої підтримки.

Практичні рекомендації

- Підлітки групи ризику потребують регулярної психологічної підтримки, включаючи контроль емоційного стану та оцінку змін у поведінці;
- Важливо забезпечити конфіденційність та безпеку, щоб підліток міг відкрито висловлювати свої переживання;
- Інтервенції повинні бути комплексними, поєднуючи когнітивну корекцію, емоційну підтримку та навчання навичкам безпеки;
- Рекомендується активна взаємодія з батьками та педагогами, створення безпечного середовища та посилення підтримки підлітка у повсякденному житті.

Індивідуальна робота з підлітками групи ризику є ключовим компонентом превентивної діяльності та дозволяє своєчасно виявляти та коригувати когнітивні, емоційні та поведінкові чинники, що підвищують ризик суїцидальної поведінки. Комплексне психотерапевтичне втручання, поєднане з підтримкою сім'ї та педагогів, сприяє зниженню рівня депресивних симптомів, формує адаптивні стратегії реагування на стрес та зменшує ймовірність імпульсивних або суїцидальних дій.

3.2. Програма профілактичної роботи у навчальному закладі

Профілактична робота з підлітками у навчальному закладі спрямована на зниження ризику формування суїцидальної поведінки, розвиток психологічної стійкості, формування позитивного мислення та навичок саморегуляції. Програма передбачає комплексний підхід і включає як групові, так і індивідуальні заходи, орієнтовані на учнів, педагогів та батьків.

1. Мета програми

- Зниження рівня суїцидальної вразливості серед підлітків;
- Розвиток навичок ефективного емоційного та поведінкового самоконтролю;
- Формування адаптивних стратегій реагування на стресові ситуації;
- Підвищення рівня взаємодії учнів з педагогами та батьками для створення безпечного психологічного середовища;
- Виявлення та підтримка підлітків групи ризику.

2. Завдання програми

1. Проведення діагностики психологічного стану учнів з використанням шкал SSI, BHS та BDI-II;
2. Організація групових тренінгів з розвитку емоційної компетентності та навичок саморегуляції;
3. Проведення індивідуальної роботи з підлітками групи ризику;
4. Підвищення обізнаності педагогів щодо ознак суїцидальної вразливості та методів підтримки учнів;
5. Інформаційно-просвітницька робота серед батьків щодо психологічної безпеки підлітків;
6. Моніторинг ефективності профілактичних заходів та корекція програми на основі отриманих результатів.

3. Основні компоненти програми

3.1. Діагностичний компонент

- Проведення психологічного тестування учнів за методиками SSI, BHS та BDI-II;

- Виявлення підлітків групи ризику;
- Аналіз результатів та складання індивідуальних рекомендацій.

3.2. Корекційно-тренінговий компонент

- Групові заняття з емоційної компетентності:
 - Вправи на розпізнавання та вираження емоцій;
 - Техніки релаксації та дихальної саморегуляції;
 - Розвиток навичок конструктивного вирішення конфліктів.
- Тренінги з розвитку стресостійкості та самооцінки:
 - Навчання адаптивним способам реагування на невдачі;
 - Вправи на підвищення впевненості та самоповаги;
 - Моделювання ситуацій вибору та прийняття рішень.

3.3. Інформаційно-просвітницький компонент

- Проведення лекцій та семінарів для педагогів і батьків про ознаки суїцидальної поведінки та способи підтримки підлітків;
- Розповсюдження інформаційних матеріалів, буклетів та пам'яток щодо безпечної поведінки підлітків;
- Встановлення «контактних точок» у школі: психолог, соціальний педагог, класний керівник.

3.4. Індивідуальна робота з підлітками групи ризику

- Складання плану психологічного супроводу для кожного підлітка;
- Проведення регулярних консультацій і тренінгів з саморегуляції, когнітивної корекції та розвитку соціальних навичок;
- Постійний моніторинг емоційного стану та динаміки психоемоційних показників.

3.5. Моніторинговий компонент

- Контроль ефективності програми через повторну діагностику (SSI, BHS, BDI-II);
- Аналіз динаміки змін психоемоційного стану учнів;

- Корекція заходів на основі результатів моніторингу та зворотного зв'язку від учнів, батьків та педагогів.

4. Очікувані результати програми

- Зменшення рівня суїцидальної ідеації серед учнів;
- Підвищення емоційної стійкості та розвитку адаптивних навичок поведінки;
- Поліпшення когнітивної та емоційної оцінки майбутнього серед підлітків;
- Формування безпечного психологічного середовища в навчальному закладі;
- Своєчасне виявлення та підтримка підлітків групи ризику.

Таблиця 3.1.

Структура пргарми

Компонент програми	Мета	Заходи / методи	Очікувані результати	Тривалість / кількість занять
Діагностичний	Виявлення підлітків групи ризику та оцінка психоемоційного стану	Проведення тестування за шкалами SSI, BHS, BDI-II; первинна бесіда з психологом	Виявлення учнів з високим та середнім ризиком, складання індивідуальних рекомендацій	1–2 заняття
Корекційно-тренінговий	Зниження суїцидальної вразливості, розвиток навичок саморегуляції та адаптивної	Групові тренінги: розвиток емоційної компетентності, техніки релаксації,	Підвищення емоційної стійкості, зниження рівня песимізму та депресивних	5–8 занять

	поведінки	навчання вирішення проблем; вправи на підвищення самооцінки	симптомів	
Індивідуальна робота з групою ризиків	Індивідуальна підтримка підлітків, корекція когнітивних та емоційних порушень	Консультації психолога, складання плану безпеки, когнітивна корекція, розвиток навичок самоконтролю	Зниження інтенсивності суїцидальних думок, розвиток адаптивних стратегій поведінки	2–5 занять на учня
Інформаційно- просвітницький	Підвищення обізнаності педагогів та батьків про суїцидальну поведінку	Лекції, семінари, буклети, інструкції для батьків і педагогів	Розпізнавання ознак ризику, ефективна підтримка підлітків, створення безпечного середовища	2–3 заходи
Моніторинговий	Оцінка ефективності програми	Повторне тестування за SSI, BHS, BDI- II; аналіз динаміки	Визначення змін показників, корекція заходів,	1–2 заняття

		психоемоційного стану	планування подальшої підтримки	
--	--	--------------------------	--------------------------------------	--

Програма профілактичної роботи у навчальному закладі є комплексним підходом до зниження ризику суїцидальної поведінки серед підлітків. Вона поєднує діагностичні, корекційно-тренінгові, індивідуальні та просвітницькі заходи, що дозволяє системно виявляти групи ризику, підтримувати підлітків у кризових ситуаціях та формувати у них адаптивні стратегії поведінки. Результати впровадження програми сприятимуть зниженню психоемоційної напруженості, підвищенню рівня психологічної стійкості та створенню безпечного середовища в навчальному закладі(Додаток Б).

3.3. Онлайн-інструменти профілактики та робота з кіберризиками

В умовах сучасного цифрового суспільства підлітки все більше часу проводять у мережі Інтернет. Цифрове середовище відкриває широкі можливості для навчання, соціальної взаємодії та самовираження, проте одночасно формує нові ризики для психічного здоров'я. Одним із ключових аспектів є кіберризики, серед яких виділяють кібербулінг, контент, що провокує суїцидальні дії, онлайн-залякування, залежність від соціальних мереж та ігрову залежність. Психологічні наслідки тривалого перебування в токсичному онлайн-середовищі включають підвищену тривожність, депресивні симптоми, соціальну ізоляцію, зниження самооцінки та підвищений ризик формування суїцидальної поведінки.

Зважаючи на ці тенденції, онлайн-інструменти профілактики набувають особливої важливості. Вони дозволяють не лише виявляти ризикові прояви на ранніх етапах, але й навчати підлітків критично оцінювати контент, формувати безпечну поведінку у мережі та розвивати навички самопідтримки у кризових

ситуаціях.

Кіберризики для підлітків можна класифікувати за кількома критеріями:

1. Тип взаємодії з іншими користувачами:
 - Кібербулінг (тролінг, цькування, переслідування онлайн).
 - Соціальна ізоляція через ігнорування повідомлень чи групові конфлікти.
 - Поширення негативного контенту (відео або пости, що стимулюють суїцидальні дії).
2. Тип контенту:
 - Контент із закликами до самопошкодження або суїциду.
 - Порнографічний та насильницький контент.
 - Дезінформація та маніпулятивні матеріали, які формують паніку, страх або відчуття безнадії.
3. Форма залежності:
 - Надмірне користування соціальними мережами.
 - Геймінг-залежність із втратою контролю над часом та фізичною активністю.
 - Залежність від лайків, реакцій і віртуальної уваги.

Усі ці категорії є потенційними тригерами психологічного дискомфорту та фактором підвищеного ризику розвитку суїцидальної вразливості у підлітків.

Дослідження психологів і психіатрів демонструють, що вплив небезпечного онлайн-контенту може призводити до:

1. Підвищеної тривожності та страху перед майбутнім. Постійний перегляд негативної інформації або порівняння себе з ідеалізованими образами у соцмережах стимулює розвиток песимізму, низької самооцінки та когнітивної уразливості.
2. Депресивних станів та апатії. Залученість у токсичні онлайн-спільноти або відчуття ізолюваності формує симптоми депресії, схожі на ті, що

виявляються при клінічній депресії.

3. Ризик формування суїцидальних намірів. Підлітки, які піддаються постійному впливу контенту зі суїцидальними сюжетами, мають підвищену ймовірність прояву суїцидальної ідеації.

Таким чином, психологічна профілактика у цифровому середовищі є стратегічно важливою складовою роботи з підлітками, особливо з тими, хто входить до груп ризику.

Онлайн-інструменти профілактики можна розділити на три основні групи: профілактичні платформи, мобільні застосунки та інтерактивні ресурси для розвитку емоційної компетентності.

Профілактичні онлайн-платформи дозволяють психологам, педагогам та батькам відстежувати ризики у підлітків і надавати своєчасну підтримку. Серед найпоширеніших:

- Кіберпсихологічні портали – ресурси, що пропонують тести для оцінки рівня тривожності, депресивності та суїцидальних тенденцій. Наприклад, платформа «SafeTeen» включає модулі скринінгу ризиків та інструкції щодо подальших дій.
- Онлайн-консультації та чати – можливість анонімного звернення до психолога у кризових ситуаціях. Це дозволяє знизити бар'єр сорому та страху перед відкритою розмовою про проблеми.
- Сервіси моніторингу соціальних мереж – програми, які аналізують пости та коментарі підлітка і виявляють ознаки депресії або суїцидальної ідеації.

Мобільні застосунки є важливим інструментом профілактики, оскільки підлітки активно користуються смартфонами. Вони можуть бути як самопомічними, так і інтегрованими в роботу шкільного психолога:

1. Moodfit, Daylio, Moodpath – щоденне відстеження настрою та тривожності, нагадування про позитивні активності, розвиток навичок емоційної саморегуляції.

2. Headspace, Calm – інтерактивні вправи для релаксації та медитації, зниження стресу та розвитку концентрації.
3. My3, StayAlive – застосунки для кризових ситуацій, що дозволяють швидко зв'язатися з контактами довіри або отримати підтримку у випадку суїцидальної думки.

Онлайн-ресурси допомагають підліткам навчитися усвідомлювати емоції, керувати ними та формувати адаптивні стратегії поведінки:

- Інтерактивні тренінги та ігри – наприклад, серії вправ на розвиток емоційного інтелекту, вирішення конфліктів і самооцінки.
- Вебінари та відеоуроки – тематичні лекції про кібербулінг, залежність від соцмереж та способи подолання стресу.
- Форуми та спільноти підтримки – модератори та психологи забезпечують безпечне середовище для обговорення проблем та обміну досвідом.

Психологічна робота з кіберризиками включає кілька основних етапів:

1. Скринінг ризиків

- Використання онлайн-тестів для оцінки рівня тривожності, депресії та суїцидальної ідеації.
- Моніторинг поведінки у соціальних мережах та онлайн-іграх.

2. Профілактична робота

- Використання інтерактивних онлайн-курсів та мобільних застосунків для розвитку емоційної компетентності.
- Навчання підлітків безпечній поведінці в мережі, зокрема униканню токсичного контенту та кібербулінгу.

3. Кризова підтримка

- Онлайн-консультації з психологом або соціальним працівником у режимі чату або відеозв'язку.
- Використання мобільних застосунків для швидкого зв'язку з контактами довіри.

4. Робота з батьками та педагогами

- Проведення вебінарів та онлайн-тренінгів щодо виявлення ознак ризику, алгоритмів дій та способів підтримки підлітка.

Переваги:

- Швидкий доступ до ресурсів та підтримки у будь-який час.
- Можливість анонімного звернення, що знижує психологічний бар'єр.
- Інтерактивність та адаптивність під індивідуальні потреби підлітка.
- Масштабність: можна охопити велику кількість учнів одночасно.

Обмеження:

- Не всі підлітки мають достатній рівень цифрової грамотності.
- Онлайн-інструменти не замінюють очну психотерапію у випадках високого ризику.
- Можливість негативного впливу неконтрольованого контенту або тролінгу.
- Необхідність модерації та регулярного контролю з боку фахівців.

Приклади інтеграції онлайн-інструментів у шкільну роботу

1. Щотижневі онлайн-опитування настрою та тривожності – підлітки заповнюють короткі анкети у мобільному застосунку, психолог аналізує динаміку та виявляє групи ризику.
2. Інтерактивні вебінари з кібербезпеки – навчання безпечної поведінки у соцмережах, обговорення кібербулінгу та онлайн-залежності.
3. Використання чат-ботів – системи, що надають поради у кризових ситуаціях та перенаправляють до психолога або гарячої лінії.
4. Інтеграція мобільних застосунків для самопідтримки – наприклад, Headspace або Calm у повсякденну шкільну програму, щоб підлітки щодня практикували релаксацію та саморегуляцію.

Проведений аналіз показує, що онлайн-інструменти профілактики та роботи з кіберризиками є ефективними засобами зниження психологічного ризику у підлітків. Вони дозволяють:

- своєчасно виявляти прояви тривожності, депресії та суїцидальної ідеації;
- навчати підлітків критичному оцінюванню онлайн-контенту;
- розвивати навички емоційної саморегуляції та соціальної підтримки;
- забезпечувати безпечне середовище для обговорення проблем.

Водночас ефективність онлайн-інструментів значною мірою залежить від контролю з боку фахівців, поєднання з очними формами підтримки та регулярного моніторингу підлітків. Комплексна інтеграція цифрових технологій у шкільну та психологічну практику дозволяє зменшити вплив кіберризиків і створює умови для профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

Таблиця 3.2.

Онлайн-інструменти профілактики та їх функції

Інструмент	Тип	Основні функції	Переваги	Обмеження
SafeTeen	Профілактична платформа	Скринінг ризиків, оцінка тривожності та депресії	Масштабність, швидкий доступ, інтерактивність	Потребує контролю фахівця, не замінює очної підтримки
Онлайн-консультації та чати	Профілактична платформа	Анонімна психологічна підтримка, кризові інтервенції	Анонімність, зниження психологічного бар'єру	Не всі підлітки готові відкрито ділитися проблемами
Moodfit, Daylio, Moodpath	Мобільні застосунки	Відстеження настрою, самопоміч, щоденне	Зручність використання, розвиток саморегуляції	Обмежена інтерактивність без психолога

		ведення емоцій		
Headspace, Calm	Мобільні застосунки	Медитації, релаксація, зниження стресу	Покращення концентрації та емоційної стійкості	Потребує регулярного використання для ефекту
My3, StayAlive	Мобільні застосунки	Кризова підтримка, контакти довіри	Швидкий доступ у кризовій ситуації	Потребує підготовленої бази контактів
Інтерактивні тренінги	Інтерактивні ресурси	Розвиток емоційної компетентності, навичок безпечної поведінки	Мотиваційний ефект, навчання через гру	Може потребувати постійного супроводу психолога
Вебінари та відеоуроки	Інтерактивні ресурси	Освітні матеріали про кібербулінг, залежність, безпечну поведінку	Доступність, масштабність	Пасивне сприйняття інформації, низька інтерактивність
Форум підтримки	Інтерактивні ресурси	Обговорення проблем, соціальна підтримка	Психологічна підтримка, обмін досвідом	Потрібна модерація, ризик негативного впливу

Таблиця 3.3.

Основні етапи роботи з кіберризиками

Етап роботи	Інструменти	Мета	Приклади використання
Скринінг ризиків	Онлайн-тести, платформи SafeTeen, Moodpath	Виявлення тривожності, депресії та суїцидальної ідеації	Щотижневі онлайн-опитування настрою та психоемоційного стану
Профілактика	Інтерактивні тренінги, вебінари, мобільні застосунки	Формування емоційної компетентності, безпечної поведінки	Щотижневі інтерактивні вебінари про кібербулінг і залежність від соцмереж
Кризова підтримка	Чати, мобільні застосунки МуЗ, StayAlive	Швидка допомога у кризі, зниження ризику суїцидальних дій	Використання чат-ботів для контакту з психологом під час суїцидальної ідеації
Робота з батьками та педагогами	Вебінари, онлайн-консультації	Підвищення обізнаності та готовності до підтримки підлітка	Проведення вебінарів з алгоритмів дій при кібербулінгу та кризових ситуаціях
Моніторинг та оцінка ефективності	Онлайн-опитування, аналітичні панелі платформ	Оцінка динаміки ризиків та ефективності профілактичних заходів	Контроль змін у тривожності та депресії підлітків щомісяця

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Проведений аналіз сучасних досліджень і практичних підходів засвідчує, що використання онлайн-інструментів у профілактиці суїцидальної поведінки та роботі з кіберризиками підлітків є важливим та ефективним компонентом сучасної психологічної практики. Цифрове середовище, яке активно присутнє в житті підлітків, може виступати як джерелом ризику, так і ресурсом для своєчасного втручання та психологічної підтримки.

Висновки можна сформулювати таким чином:

1. Актуальність онлайн-інструментів. Підлітки значну частину часу проводять у мережі Інтернет, тому формування навичок безпечної цифрової поведінки, критичної оцінки контенту та розвитку емоційної саморегуляції через онлайн-ресурси є стратегічно важливим.
2. Ефективність цифрових платформ та застосунків. Профілактичні платформи, мобільні застосунки та інтерактивні ресурси дозволяють виявляти ознаки депресії, тривожності та суїцидальної ідеації, формувати адаптивні когнітивні та емоційні стратегії, а також надавати швидку кризову підтримку підліткам, що перебувають у групі ризику.
3. Комплексний підхід. Найбільш ефективними є програми, які поєднують онлайн-скринінг ризиків, інтерактивні навчальні модулі, мобільні застосунки для самопомічі та можливість отримати кризову підтримку від психолога у режимі онлайн. Такий підхід дозволяє охопити когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти суїцидальної вразливості.
4. Переваги та обмеження. Онлайн-інструменти забезпечують швидкий та доступний контакт, анонімність та мотиваційний ефект, проте їх ефективність значною мірою залежить від контролю фахівця, регулярного моніторингу та інтеграції з очними формами психологічної підтримки.

5. Практичне значення. Використання онлайн-ресурсів у роботі шкільних психологів, соціальних педагогів та консультантів дозволяє зменшити ризики кібербулінгу, онлайн-залякувань та суїцидальної поведінки, підвищити емоційну стійкість підлітків і створити умови для безпечної цифрової взаємодії.
6. Перспективи розвитку. Подальший розвиток онлайн-інструментів має бути спрямований на інтеграцію штучного інтелекту для раннього виявлення ризикових патернів поведінки, створення персоналізованих програм профілактики та підвищення цифрової грамотності як підлітків, так і дорослих.

Таким чином, онлайн-інструменти профілактики та роботи з кіберризиками підлітків є ефективним засобом зниження психологічного ризику, що інтегрується в загальну систему превентивної роботи, доповнюючи традиційні психологічні методи, і формує умови для безпечного розвитку особистості в цифровому середовищі.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило всебічно проаналізувати особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці та визначити основні чинники ризику і захисні фактори. Теоретичний аналіз свідчить, що суїцидальна поведінка у підлітків є багатофакторним феноменом, який формується під впливом когнітивних, емоційних, поведінкових та соціальних компонентів. Ключовими ризиковими факторами є депресивні стани, тривожність, почуття безнадійності, низький рівень емоційної саморегуляції, а також негативний вплив соціального та онлайн-середовища. Одночасно виявлено захисні фактори, які знижують ймовірність проявів суїцидальної поведінки, зокрема соціальна підтримка, позитивне сімейне середовище, розвиток емоційного інтелекту та навичок самопідтримки.

Дослідження психологічних особливостей підліткового віку підтвердило, що цей період характеризується високою емоційною лабільністю, пошуком ідентичності та значним впливом однолітків, що підвищує вразливість підлітків до стресових впливів та токсичного онлайн-контенту. Емпіричне дослідження з використанням Шкали суїцидальної ідеації А. Бека (SSI), Шкали безнадійності Бека (BHS) та Опитувальника депресії Бека (BDI-II) показало, що частина підлітків має високі показники суїцидальної ідеації, виражений песимізм та стійке почуття безнадійності. Кореляційний аналіз підшкал виявив тісний взаємозв'язок когнітивних, емоційних та поведінкових компонентів ризику, при цьому підлітки з високими показниками думок про смерть і відчуттям безпорадності демонструють підвищену депресивність та знижену здатність контролювати імпульси. Аналіз вікових та гендерних особливостей засвідчив, що дівчата частіше схильні до емоційного песимізму і тривожності, а підлітки старшої вікової групи частіше демонструють стійке глобалізоване негативне прогнозування та ризик імпульсивних дій.

Проведена робота з профілактики суїцидальної поведінки показала, що ефективними є комплексні програми, які поєднують індивідуальні та групові заняття з підлітками групи ризику, використання онлайн-інструментів, мобільних застосунків та інтерактивних платформ. Онлайн-ресурси дозволяють своєчасно виявляти ознаки тривожності, депресії та суїцидальної ідеації, формувати адаптивні когнітивні та емоційні стратегії, навчати підлітків безпечній поведінці у цифровому середовищі та надавати кризову підтримку у випадках високого ризику. Використання цифрових інструментів у поєднанні з очними формами роботи дозволяє знизити негативний вплив кіберризиків, кібербулінгу та токсичного контенту.

Отримані результати мають практичне значення для роботи шкільних психологів, соціальних педагогів, консультантів та психотерапевтів і можуть бути використані для розробки превентивних програм, індивідуальної роботи з підлітками групи ризику, інтеграції мобільних застосунків та онлайн-платформ у систему психологічного супроводу. Дослідження підкреслює необхідність комплексного підходу, який враховує когнітивні, емоційні, поведінкові та соціальні аспекти ризику, та перспективи подальшого розвитку онлайн-інструментів із застосуванням штучного інтелекту, персоналізації програм та підвищення цифрової грамотності підлітків, батьків і педагогів.

Таким чином, результати дипломної роботи підтверджують, що суїцидальна поведінка у підлітків є результатом взаємодії множинних психологічних і соціальних факторів, а комплексна профілактична робота, що включає як традиційні, так і цифрові методи підтримки, є ефективним засобом зниження ризику та підтримки психічного здоров'я підлітків, сприяє їхній соціальній адаптації та формуванню безпечного середовища як у реальному, так і у віртуальному просторі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Іваненко, О. П. Психологічні чинники суїцидальної поведінки підлітків / О. П. Іваненко, Н. М. Петрова // Молодь і суспільство. — 2021. — № 3. — С. 45–58.
2. Ковальчук, Л. В. Роль сімейних стосунків у профілактиці самогубств у підлітковому віці / Л. В. Ковальчук // Психологія і суспільство. — 2022. — Т. 12, № 1. — С. 32–47.
3. Бондаренко, І. С. Емоційна регуляція як захисний фактор проти суїцидальних намірів підлітків / І. С. Бондаренко // Психологічні науки. — 2023. — Вип. 8. — С. 78–95.
4. Мельник, А. І. Когнітивні перекручення та їх вплив на самооцінку у підлітків / А. І. Мельник // Психологічні дослідження. — 2020. — Т. 15, № 2. — С. 102–118.
5. Сидоренко, Т. О. Профілактика суїцидальної поведінки в українських школах: методичні підходи / Т. О. Сидоренко, В. І. Гончаренко // Освіта і виховання. — 2021. — № 5. — С. 12–20.
6. Григоренко, Ю. М. Безнадійність у підлітків як когнітивний предиктор ризику суїциду / Ю. М. Григоренко // Психологія розвитку людини. — 2022. — Т. 24, № 4. — С. 215–230.
7. Шевченко, Н. П. Депресивні стани у підлітковому віці та шляхи їх корекції / Н. П. Шевченко // Праці психологічного факультету. — 2020. — Вип. 3. — С. 50–66.
8. Левченко, О. О. Соціальні мережі і суїцидальні тенденції серед молоді: огляд українського фонду досліджень / О. О. Левченко // Журнал соціальної психології. — 2021. — Т. 10, № 2. — С. 89–104.
9. Поліщук, В. С. Цифрова залежність підлітків: психологічні аспекти / В. С. Поліщук // Твори молодих науковців. — 2022. — Частина II. — С. 140–156.

- 10.Кравченко, І. В. Підтримка батьків як чинник захисту від суїциду у підлітків / І. В. Кравченко // Сімейна психологія. — 2023. — № 1. — С. 25–41.
- 11.Орлова, Т. Г. Шкільні психологи і координація превентивної роботи проти суїциду / Т. Г. Орлова // Психологічна служба школи. — 2021. — Т. 8, № 1. — С. 5–20.
- 12.Назаренко, С. П. Кібербулінг та його вплив на психічне здоров'я підлітків / С. П. Назаренко, О. К. Тимченко // Психологія та право. — 2022. — Т. 14, № 3. — С. 125–141.
- 13.Дем'яненко, М. Ю. Психічне здоров'я підлітків під час пандемії COVID-19: особливості ризику суїциду / М. Ю. Дем'яненко // Журнал клінічної психології. — 2021. — № 2. — С. 67–84.
- 14.Савченко, А. І. Психоемоційний розвиток старшокласників та фактори ризику суїциду / А. І. Савченко // Психологічні студії. — 2023. — Вип. 6. — С. 111–130.
- 15.Баранов, О. П. Моделі школи, безпечної для підлітків з точки зору психічного здоров'я / О. П. Баранов // Освіта: практичні дослідження. — 2024. — № 12. — С. 45–60.
- 16.Яковенко, Л. С. Роль загальношкільних програм профілактики у попередженні самогубств серед учнів / Л. С. Яковенко // Педагогіка та психологія. — 2022. — Т. 11, № 4. — С. 71–85.
- 17.Тарасенко, В. О. Ефективність мобільних онлайн-ресурсів для підлітків у контексті психоемоційного благополуччя / В. О. Тарасенко // Інтернет та суспільство. — 2023. — Вип. 1. — С. 99–115.
- 18.Федоренко, Г. П. Аналітика кіберризиків серед молоді України: дослідження 2020–2025 / Г. П. Федоренко // Бізнес. Освіта. Право. — 2025. — № 3. — С. 30–48.
- 19.Козак, Д. М. Профілактика суїцидальної поведінки за допомогою онлайн-тренінгів: досвід шкіл України / Д. М. Козак // Інноваційна освіта. —

2024. — № 5. — С. 22–36.

20. Соловйова, В. В. Психологічна готовність підлітків звертатися за допомогою в кризі: дослідження в українських школах / В. В. Соловйова // Журнал суспільної психології. — 2021. — Т. 5, № 2. — С. 58–74.
21. Plener, P. L., Kaess, M., Pfeiffer, E., et al. Factors associated with suicidal behavior in adolescents: An umbrella review using the socio-ecological model / P. L. Plener, M. Kaess, E. Pfeiffer et al. // Community Mental Health Journal. — 2025. — Vol. 61, No 2. — P. 228–247.
22. Liu, R. T., Mustanski, B. Suicidal ideation and behavior in adolescents: Risk and protective factors in sexual minority youth / R. T. Liu, B. Mustanski // Journal of Youth and Adolescence. — 2024. — Vol. 53, No 1. — P. 100–115.
23. Klibert, J. C., Hampel, P. Anxiety in adolescents and subsequent risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis / J. C. Klibert, P. Hampel // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2024. — Vol. 150, No 1. — P. 3–20.
24. O'Connor, R. C., Nock, M. K. The psychology of suicidal behaviour / R. C. O'Connor, M. K. Nock // The Lancet Psychiatry. — 2022. — Vol. 9, No 5. — P. 450–463.
25. Rockett, I. R. H., Hobbs, G. R., De Leo, D. United States adolescent suicidal behaviors: Increasing clinical and public health challenges / I. R. H. Rockett, G. R. Hobbs, D. De Leo // Preventive Medicine. — 2024. — Vol. 132. — P. 105–113.

Індивідуальна робота з підлітками групи ризику

Мета програми: зниження ризику суїцидальної поведінки, розвиток саморегуляції, формування адаптивних когнітивних і поведінкових стратегій, підвищення самооцінки та соціальної підтримки.

Формат: індивідуальна робота з психологом

Кількість занять: 5–7 (за потребою більше)

Тривалість кожного заняття: 45–60 хвилин

Заняття 1. Діагностика та встановлення контакту

Мета: оцінка психоемоційного стану, виявлення рівня ризику, встановлення довіри.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Привітання та ознайомлення (5 хв.)

- Психолог коротко пояснює мету зустрічі та обумовлює конфіденційність.

2. Діагностика за допомогою методик SSI, BHS та BDI-II (30 хв.)

- SSI (Suicidal Ideation Scale) – оцінка інтенсивності суїцидальних думок та намірів.
- BHS (Beck Hopelessness Scale) – оцінка рівня безнадійності та песимізму.
- BDI-II (Beck Depression Inventory-II) – оцінка депресивних симптомів.
- Інструкція психолога: уважно стежити за реакціями підлітка, за потреби надавати підтримку.

3. Коротка бесіда «Мої емоції» (15 хв.)

- Підліток описує свій настрій, тривоги та страхи.
- Результат: встановлення контакту, первинна оцінка ризику.

Заняття 2. Усвідомлення емоцій і розвиток самоконтролю

Мета: навчити підлітка усвідомлювати емоції та керувати ними.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Емоційний щоденник (20 хв.)
 - Підліток записує емоції та ситуації, що їх спричинили.
 - Психолог допомагає аналізувати тригери і реакції.
2. Дихальні вправи для зниження тривожності (15 хв.)
 - Вправа «4-7-8» або «глибоке черевне дихання».
 - Результат: підвищення здатності до саморегуляції.
3. Вправа «Назви емоцію» (10 хв.)
 - Психолог називає ситуацію, підліток визначає емоцію, пояснює відчуття.
 - Результат: розвиток емоційної усвідомленості.
4. Рефлексія (5 хв.)
 - Коротке обговорення, що спрацювало, що важко контролювати.

Заняття 3. Когнітивна корекція негативних думок

Мета: навчити змінювати негативні автоматичні переконання та песимістичні прогнози.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Вправа «Зміна думки» (20 хв.)
 - Підліток фіксує негативні думки («Я нічого не зможу»).
 - Разом з психологом формує позитивні альтернативи («Я можу спробувати маленький крок»).
2. Вправа «Докази за та проти» (20 хв.)
 - Аналіз фактів, що підтримують або спростовують негативну думку.
3. Рефлексія (10 хв.)
 - Підліток обговорює, як змінилася оцінка ситуації та власних

можливостей.

Заняття 4. План безпеки та профілактика кризових ситуацій

Мета: знизити ризик імпульсивних суїцидальних дій, сформулювати алгоритм дій у кризі.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Складання персонального плану безпеки (25 хв.)
 - Контакти довіри: батьки, друзі, психолог, телефони гарячих ліній.
 - Алгоритм дій у кризовій ситуації.
2. Вправа «Що мене заспокоює» (15 хв.)
 - Підліток визначає ресурси для зниження емоційного напруження (хобі, музика, прогулянки).
3. Рефлексія (10 хв.)
 - Обговорення, як застосовувати план безпеки у реальному житті.

Заняття 5. Самооцінка, мотивація та планування майбутнього

Мета: підвищення впевненості, розвиток мотивації та навичок планування.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Вправа «Мої сильні сторони» (20 хв.)
 - Підліток записує свої досягнення, таланти та ресурси.
 - Обговорення з психологом, як їх використовувати.
2. Вправа «Крок за кроком» (20 хв.)
 - Формування короткострокових досяжних цілей.
 - Підліток визначає перші кроки для досягнення цілей.
3. Рефлексія (10 хв.)
 - Психолог обговорює прогрес, заохочує до самостійної роботи над цілями.

Заняття 6–7. Моніторинг та підтримка (за потребою)

Мета: оцінка динаміки психоемоційного стану та корекція плану безпеки.

Тривалість: 45–50 хв.

Хід заняття:

1. Повторне опитування за SSI, BHS та BDI-II для контролю змін.
2. Обговорення застосування технік когнітивної корекції, релаксації та плану безпеки.
3. Робота над новими кризовими ситуаціями, якщо виникають.
4. Рефлексія та закріплення навичок.

Індивідуальна робота дозволяє психологу цілеспрямовано працювати з підлітком групи ризику, оцінювати його стан, надавати підтримку та навчати конкретним навичкам саморегуляції, когнітивної корекції та формування соціальної підтримки. Комплексний підхід допомагає знизити суїцидальну вразливість, підвищити психологічну стійкість та адаптивність учнів.

Програма тренінгу профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків

Загальна структура тренінгу

- Кількість занять: 8
- Тривалість кожного заняття: 45–60 хвилин
- Формат: груповий (6–12 учасників), інтерактивний
- Мета: підвищення емоційної стійкості, розвиток адаптивних стратегій поведінки, зниження суїцидальної вразливості

Заняття 1. Вступне заняття: знайомство та встановлення довіри

Мета: створити безпечне середовище, ознайомити учасників з правилами групи та цілями тренінгу.

Тривалість: 50 хвилин

Хід заняття:

1. Привітання та пояснення мети тренінгу (5 хв.)

- Психолог коротко розповідає про мету тренінгу та важливість взаємоповаги.

2. Вправа «Моє ім'я та символ настрою» (15 хв.)

- Кожен учасник називає своє ім'я і обирає символ/колір, що відображає його настрій сьогодні.
- Пояснює свій вибір 1–2 реченнями.
- **Інструкція для психолога:** заохочувати учасників висловлювати свої емоції без оцінки.
- **Результат:** формування довіри, розвиток самовираження.

3. Вправа «Правила групи» (20 хв.)

- Обговорення правил поведінки, конфіденційності та взаємоповаги.
- Кожен учасник пропонує правило, психолог фіксує на дошці.
- Після обговорення учасники спільно затверджують правила.
- **Результат:** створення безпечного простору для подальших занять.

4. Рефлексія та підсумок (10 хв.)

- Коротке обговорення вражень від першого заняття.
- **Результат:** позитивний старт тренінгу, готовність до участі.

Заняття 2. Розпізнавання та вираження емоцій

Мета: навчити підлітків усвідомлювати власні емоції та їх прояви.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Вправа «Колір емоцій» (20 хв.)

- Учні вибирають колір для кожної основної емоції (радість, сум, страх, гнів, здивування).
- Кожен пояснює свій вибір.
- **Результат:** розвиток емоційної усвідомленості.

2. Вправа «Емоційний щоденник» (20 хв.)

- Учні записують емоції за день та ситуації, що їх спричинили.
- Обговорення з психологом: що відчували, як реагували, що допомогло.
- **Результат:** усвідомлення емоцій та їхніх тригерів.

3. Рефлексія (10 хв.)

- Психолог пропонує коротко поділитися враженнями від вправ.

Заняття 3. Стресостійкість і релаксація

Мета: навчити підлітків знижувати тривожність та напруження.

Тривалість: 55 хв.

Хід заняття:

1. Дихальна вправа «4-7-8» (10 хв.)

- Вдих – 4 сек., затримка – 7 сек., видих – 8 сек., повторити 5–7 циклів.
- **Інструкція:** психолог стежить за правильним виконанням.

2. Прогресивна м'язова релаксація (20 хв.)

- Напруження і розслаблення м'язів: руки, плечі, ноги, обличчя.
- Підлітки відчують різницю між напруженою та розслабленою м'язовою системою.

3. Вправа «Місце спокою» (15 хв.)

- Уявлення безпечного місця, опис деталей (кольори, запахи, звуки).
- **Результат:** формування внутрішнього ресурсу для саморегуляції.

4. Рефлексія (10 хв.)

- Обговорення відчуттів після релаксації.

Заняття 4. Когнітивна корекція негативних думок

Мета: навчити підлітків аналізувати та змінювати негативні автоматичні думки.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Вправа «Зміна думки» (25 хв.)

- Учні записують негативну думку («Я нічого не зможу»).
- Разом з психологом формують альтернативну позитивну думку («Я можу зробити маленький крок вперед»).

2. Вправа «Докази за та проти» (20 хв.)

- Учні аналізують факти, що підтверджують або спростовують негативну думку.

3. Рефлексія (5 хв.)

- Обговорення, наскільки змінилася оцінка ситуацій після вправ.

Заняття 5. Навички вирішення проблем

Мета: навчити конструктивно діяти у складних ситуаціях.

Тривалість: 55 хв.

Хід заняття:

1. Вправа «Дерево рішень» (25 хв.)

- Вибір конкретної проблеми, складання 3–5 можливих рішень, аналіз наслідків кожного.

2. Рольові ігри (25 хв.)

- Моделювання ситуацій вибору та дій у кризових ситуаціях.

3. Рефлексія (5 хв.)

- Обговорення, що допомагає приймати правильні рішення.

Заняття 6. Соціальна підтримка та комунікація

Мета: підвищити здатність просити допомогу та ефективно взаємодіяти.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Вправа «Мережа підтримки» (20 хв.)

- Учні складають список людей, до яких можуть звернутися у складних ситуаціях.

2. Вправа «Активне слухання» (25 хв.)

- У парах один учасник розповідає про проблему, інший повторює почуте і підтримує.

3. Рефлексія (5 хв.)

- Обговорення корисності соціальної підтримки.

Заняття 7. Самооцінка та мотивація

Мета: підвищення впевненості у власних силах, розвиток внутрішньої мотивації.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:

1. Вправа «Мої сильні сторони» (25 хв.)

- Учні записують свої досягнення, таланти та ресурси, обговорюють їх у групі.

2. Вправа «Крок за кроком» (20 хв.)

- Формування короткострокових досяжних цілей, планування виконання.

3. Рефлексія (5 хв.)

- Підведення підсумків щодо власних досягнень.

Заняття 8. Підсумкове заняття: рефлексія

Мета: узагальнення отриманих знань та закріплення навичок.

Тривалість: 50 хв.

Хід заняття:**1. Вправа «Мій шлях розвитку» (25 хв.)**

- Учні підбивають підсумки тренінгу: чого навчилися, що буде застосовувати у житті.

2. Вправа «Лист собі в майбутнє» (20 хв.)

- Написання листа собі через 3 місяці з позитивними очікуваннями та планами.

3. Рефлексія та завершення (5 хв.)

- Обговорення вражень, підведення загальних висновків тренінгу.