МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти

Кафедра практичної психології

ПСИХОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯНТИ РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Бакалаврська робота

Студент групи: ППб-1-22-4.0д

ЗЛАТА МАЙСТРЕНКО

Науковий керівник: викладач

кафедри практичної психології

НАТАЛІЯ ЧАЛКОВА

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Майстренко З.А. Психологічні корелянти ризику суїцидальної поведінки студентської молоді. Бакалаврська робота за спеціальністю 053 Психологія, освітньо-професійна програма Практична психологія. Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, кафедра практичної психології. Київ. 98 с.

Актуальність теми. Проблема суїцидальної поведінки студентської молоді набуває особливої значущості в умовах сучасних соціальних викликів, зокрема воєнного стану, підвищеного рівня стресу та психоемоційної нестабільності. Зростання рівня депресії, тривожності та почуття безнадійності серед молоді зумовлює необхідність вивчення психологічних корелятів ризику суїцидальної поведінки.

Мета дослідження: виявити та проаналізувати психологічні корелянти ризику суїцидальної поведінки студентської молоді.

Методи дослідження: у роботі використано псих діагностичні методики: шкалу депресії Бека, шкалу безнадійності Бека, шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна та методику визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська). Для обробки результатів застосовано кореляційний аналіз. Вибірку склали 45 студентів віком 17-21 років.

Результати дослідження: встановлено, що значна частина студентів демонструє підвищений рівень тривожності, депресивних проявів і безнадійності. Виявлено статистично значущі позитивні кореляції між рівнем депресії, тривожності, безнадійності та схильністю до суїцидальної поведінки. Найбільш вираженим предиктором суїцидального ризику виступає безнадійність, яка посилює вплив депресивних станів. Також встановлено, що поєднання високої тривожності та депресії значно підвищує ймовірність формування суїцидальних тенденцій.

Висновки: підтверджено, що ключовими психологічними корелянтами ризику суїцидальної поведінки студентської молоді є депресія, тривожність та безнадійність. Їх взаємодія формує підвищений рівень психоемоційного дистресу, що сприяє розвитку суїцидальних намірів. Розроблено психологічні рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки, спрямовані на зниження рівня емоційного напруження, розвиток адаптивних копінг-стратегій та підвищення психологічної стійкості студентів.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, депресія, тривожність, безнадійність, студентська молодь, психологічні кореляти, психічне здоров’я.

ABSTRACT

Maidstrenko Z. Psychological Correlates of the Risk of Suicidal Behavior in Student Youth. Bachelor's thesis in Specialty 053 Psychology, Educational Program "Practical Psychology". Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Department of Practical Psychology. Kyiv, 2026. 98 p.

Relevance of the study. The problem of suicidal behavior among student youth is becoming increasingly significant under modern social challenges, particularly in the context of war, heightened stress, and psycho-emotional instability. The growing levels of depression, anxiety, and hopelessness among young people necessitate the study of psychological correlates of suicidal risk.

The aim of the study is to identify and analyze the psychological correlates of the risk of suicidal behavior in student youth.

Research methods. The study employed a set of psychodiagnostic tools, including the Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Spielberger–Khanin State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the method for assessing suicidal tendency (M. Gorska). Correlation analysis was used for statistical data processing. The sample consisted of 45 students aged 17-21.

Results. The findings indicate that a considerable proportion of students demonstrate elevated levels of anxiety, depressive symptoms, and hopelessness. Statistically significant positive correlations were found between levels of depression, anxiety, hopelessness, and suicidal tendencies. Hopelessness appeared to be the strongest predictor of suicidal risk, intensifying the impact of depressive states. Additionally, the combination of high anxiety and depression significantly increases the likelihood of suicidal tendencies.

Conclusions. The study confirms that depression, anxiety, and hopelessness are key psychological correlates of suicidal behavior risk among student youth. Their interaction contributes to increased psycho-emotional distress, which facilitates the

development of suicidal intentions. Psychological recommendations aimed at prevention were developed, focusing on reducing emotional tension, enhancing adaptive coping strategies, and strengthening psychological resilience in students.

Keywords: suicidal behavior, depression, anxiety, hopelessness, student youth, psychological correlates, mental health.

ЗМІСТ

ВСТУП…… 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯНТІВ……10

1.1. Психологічна сутність, структура та види суїцидальної поведінки ……....10

1.2. Психологічні корелянти суїцидальної поведінки……17

1.3. Проблема суїцидальної поведінки у студентської молоді в сучасних психологічних дослідженнях…….....…….....25

Висновки до 1 розділу……..……32

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯНТІВ РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ……34

2.1. Організація, вибірка та методи емпіричного дослідження……..…34

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження…….……41

2.3. Психологічні рекомендації для профілактики та зниження ризику суїцидальної поведінки студентської молоді..……..……58

Висновки до 2 розділу……64

ВИСНОВКИ…….……67

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……72

ДОДАТКИ……76

ВСТУП

Актуальність теми. Суїцидальна поведінка є однією з найгостріших соціально-психологічних проблем сучасного суспільства. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, суїцид входить до переліку п'яти провідних причин смертності серед молоді віком від 15 до 29 років. В Україні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція до зростання кількості випадків суїцидальних проявів серед студентської молоді, що зумовлює необхідність глибокого психологічного аналізу факторів, які формують ризик таких деструктивних форм поведінки.

Період студентства є одним із найскладніших і водночас найважливіших етапів становлення особистості. Саме в цей час відбувається активне формування світогляду, ціннісних орієнтацій, професійної ідентичності, розвиток емоційної сфери, побудова міжособистісних стосунків. Молодь стикається з низкою внутрішніх і зовнішніх викликів, такими як: навчальне перевантаження, невизначеністю майбутнього, труднощами у сфері самореалізації, фінансовими чи сімейними проблемами. У поєднанні з психологічною нестійкістю ці фактори можуть стати підґрунтям для виникнення суїцидальних думок і тенденцій.

Проблема суїцидальної поведінки студентської молоді привертає особливу увагу психологів, педагогів, соціальних працівників і психотерапевтів, оскільки має не лише індивідуальний, а й суспільний вимір. Психологічна наука сьогодні фокусується не лише на дослідженні причин суїцидів, а й на виявленні психологічних корелятів ризику, тобто внутрішніх особистісних характеристик, емоційних станів і когнітивних схем, що підвищують ймовірність розвитку суїцидальних тенденцій.

До таких корелятів відносять низьку самооцінку, відчуття безнадії, внутрішню ізоляцію, емоційну нестабільність, депресивність, дефіцит соціальної підтримки, високий рівень тривожності, алекситимію, порушення

комунікативної сфери, труднощі у вираженні почуттів і прийнятті себе. Розуміння цих психологічних факторів відкриває можливість для ранньої діагностики ризику та розробки ефективних профілактичних програм у студентському середовищі.

В українському психологічному просторі проблема суїцидальної поведінки досліджувалася у працях О. Бондаренка, Н. Пов'якель, Т. Яценко, С. Максименка, В. Панка, І. Романовської, а також у сучасних зарубіжних роботах таких дослідників, як А. Бек, Е. Шнейдман, Т. Джойнер, Е. Дюркгейм, К. Меннінгер, Р. Баумайстер. Проте у вітчизняній психології недостатньо вивчено саме психологічні кореляти ризику суїцидальної поведінки студентської молоді, зокрема в умовах соціальної нестабільності, війни та посттравматичних переживань, що актуалізує цю тему як науково, так і практично.

Актуальність дослідження також зумовлена необхідністю підготовки майбутніх фахівців до ефективної взаємодії з молоддю, яка може мати ознаки внутрішньої кризи чи суїцидальних тенденцій. Важливо не лише виявити наявність ризиків, а й зрозуміти, які саме психологічні характеристики особистості зумовлюють їх виникнення, щоб своєчасно надати психологічну підтримку та запобігти трагічним наслідкам.

Таким чином, вибір теми зумовлений потребою теоретичного узагальнення та емпіричного вивчення психологічних корелятів ризику суїцидальної поведінки студентської молоді, а також розробкою практичних рекомендацій для профілактики таких проявів у навчальному середовищі.

Об'єкт дослідження: суїцидальна поведінка студентської молоді.

Предмет дослідження психологічні корелянти ризику суїцидальної поведінки студентської молоді.

Метою дослідження є комплексе вивчення та виявлення ключових психологічних корелянтів, які підвищують схильність студентської молоді до суїцидальної поведінки, з метою формування науково обґрунтованих

рекомендацій для профілактики та психологічної підтримки молоді в сучасних умовах.

Завдання дослідження:

1) Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення суїцидальної поведінки в психологічній науці.
2) Визначити основні психологічні чинники, що корелюють із ризиком суїцидальної поведінки.
3) Підібрати діагностичний інструментарій для дослідження психологічних корелянтів ризику суїцидальної поведінки студентської молоді.
4) Емпірично дослідити зв'язок між психологічними корелянтами ризику суїцидальної поведінки та схильністю до суїцидальної поведінки.
5) Надати психологічні рекомендації щодо профілактики суїцидальних проявів у студентському середовищі.

Для досягнення поставленої мети в дослідженні було використано комплекс **методів**: теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел із проблеми суїцидальної поведінки; емпіричні: психодіагностичні методики (шкала депресії А. Бека, шкала тривожності Ч. Спілбергера, шкала безнадійності А. Бека, вивчення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської); математико-статистичні: кореляційний аналіз для визначення зв'язку між психологічними показниками.

База дослідження. Емпіричне дослідження проводилось серед юнаків та дівчат, які є студентами коледжів та університетів, онлайн за допомогою платформи Google Forms. У дослідженні взяли участь 45 респондентів, віком від 17 до 21 року, 7 осіб чоловічої статі та 38 осіб жіночої статі.

Структура роботи: бакалаврська робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, що містить 41 найменування, додатків. Повний зміст роботи становить 95 сторінок, проілюстровано 10 рисунками та 1 таблицею. Обсяг основного тексту 60 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯНТІВ

1.1. Психологічна сутність, структура та види суїцидальної поведінки

Проблема суїциду має давню історію осмислення в межах філософії, теології, медицини та психології. В античних ученнях суїцид нерідко розглядався як морально допустимий або навіть героїчний акт, пов'язаний із честю та свободою особистості. У середньовічний період домінував релігійно-моральний підхід, у межах якого самогубство трактувалося як тяжкий гріх.

Поступовий перехід до наукового осмислення суїциду відбувся у XIX–XX століттях. Значний внесок у розвиток суїцидології зробив Е. Дюркгайм, який запропонував соціологічну типологію суїциду та підкреслив роль соціальної інтеграції й регуляції. Однак саме психологічні концепції дозволили глибше розкрити внутрішні механізми суїцидальної поведінки.

Суїцидальна поведінка є складним багатовимірним психологічним і соціальним феноменом, який охоплює спектр думок, намірів, висловлювань і дій, спрямованих на самопошкодження або позбавлення себе життя. У сучасній суїцидології вона розглядається не як ізольований акт, а як процес, що формується поступово під впливом сукупності особистісних, міжособистісних та соціокультурних чинників.

У науковому осмисленні проблеми суїцидальної поведінки в різні історичні періоди сформувалися кілька провідних підходів до її інтерпретації.

Перший підхід ґрунтується на ототожненні суїциду з проявами психічного божевілля. Представники цього напряму (Ж. Фальре, Ф. Пінель) розглядали самогубство як наслідок тяжких психічних порушень. Формування цієї позиції значною мірою відбувалося під впливом релігійних уявлень, відповідно до яких

суїцид тлумачився як результат «затьмарення розуму», спричиненого зовнішніми злими силами, що нібито руйнують психіку людини зсередини.

Другий підхід передбачає заперечення безпосереднього зв'язку між суїцидальною поведінкою та психічними захворюваннями. Його представники (Еміль Дюркгейм) акцентували увагу на соціальній зумовленості суїциду, доводячи наявність кореляції між рівнем самогубств і кризовими процесами в суспільстві, сімейній системі, а також переживанням особистістю складних життєвих ситуацій. У межах цього підходу суїцид розглядається як соціально-психологічне явище, детерміноване порушенням соціальних зв'язків і дезінтеграцією.

Третій підхід визнає можливість здійснення суїцидальних дій як психічно здоровими особами, так і людьми з психічними розладами. Ця позиція (Е. Крепелін) сформувалася на основі узагальнення клінічного досвіду та результатів спеціальних психіатричних і психологічних досліджень, які засвідчили багатофакторний характер суїцидальної поведінки.

Відповідно до зазначених підходів у науковій літературі виокремлюють дві основні концепції суїциду. Перша: психопатологічна, згідно з якою суїцид розглядається як аутоагресивний акт, зумовлений психічним захворюванням. Однак сучасні дослідження свідчать, що значна частина суїцидальних дій здійснюється особами без клінічно виражених психічних порушень і пов'язана з процесами соціально-психологічної дезадаптації.

Друга концепція: непатологічна, трактує суїцид як крайню форму загальнолюдської реакції на екстремальні або травматичні умови життєдіяльності. У межах цього підходу акцент робиться на ролі суб'єктивного переживання безвиході та втрати життєвих орієнтирів.

У науковому розумінні суїцид (від лат. Suicidium, «убивати себе») визначається як навмисне самоушкодження, що призводить до летального наслідку. Замах на власне життя кваліфікується як суїцид за умови усвідомлення особою значення своїх дій та здатності керувати ними.

В усіх інших випадках, коли індивід здійснює дії, що завдають шкоди його психічному або фізичному здоров'ю без чіткого наміру позбавлення себе життя, така поведінка розглядається як аутоагресивна або класифікується як нещасний випадок.

Аутоагресивна поведінка (від грец. Autos «сам» і agressio, «напад») визначається як специфічна форма особистісної активності, спрямована на заподіяння шкоди власному соматичному чи психічному здоров'ю, яка може виконувати різні психологічні функції, зокрема регуляцію емоційного напруження.

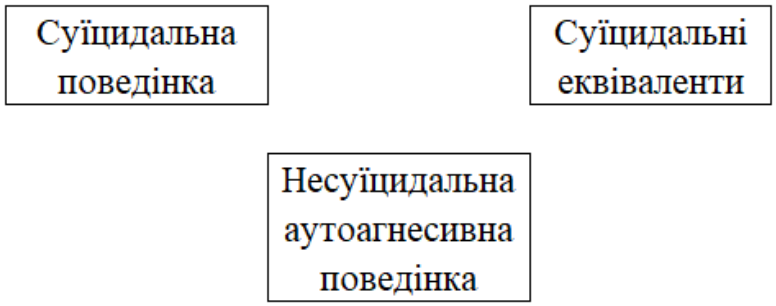


Рис. 1.1. Види аутоагресивної поведінки

Таким чином, суїцид (самогубство) є крайнім проявом аутоагресивної поведінки.

У науковій психології суїцидальна поведінка розглядається як неоднорідне явище, яке може набувати різних форм залежно від глибинних мотивів, емоційного стану особистості та рівня усвідомленості намірів. У цьому контексті доцільно виокремлювати такі основні типи суїцидальної поведінки:

Демонстративна суїцидальна поведінка. Характеризується інсценуванням або символічним відтворенням суїцидальних дій без реального наміру позбавити себе життя. Подібні дії часто виконують комунікативну функцію, як спосіб привернення уваги, вираження внутрішнього конфлікту або впливу на значущих осіб, нерідко з розрахунком на своєчасне втручання з боку оточення.

Афективна суїцидальна поведінка. Виникає на тлі інтенсивного емоційного збудження, яке супроводжується різким звуженням свідомості та зниженням здатності до раціонального контролю поведінки. Суїцидальні дії в такому стані мають імпульсивний характер, зазвичай тривають короткий проміжок часу, однак за умов тривалого психоемоційного напруження можуть розгортатися протягом кількох годин.

Істинна суїцидальна поведінка. Відзначається наявністю стійкого, усвідомленого та часто тривалий час сформованого наміру припинити власне життя. Поведінка при цьому планується таким чином, щоб забезпечити максимальну ймовірність летального результату та мінімізувати можливість зовнішнього втручання або перешкоджання реалізації суїцидального задуму.

Суїцидальна поведінка охоплює як внутрішні, так і зовнішні прояви, що утворюють єдиний динамічний континуум.

До внутрішніх форм належать суїцидальні думки, фантазії, бажання та наміри позбавити себе життя, а також мотиви, що лежать в основі цих переживань. Вони супроводжуються специфічними емоційними станами, такими як почуття безнадії, туги, тривоги, провини, екзистенційної порожнечі та втрати сенсу життя.

Зовнішні форми суїцидальної поведінки проявляються у конкретних діях або вчинках, спрямованих на заподіяння собі шкоди чи позбавлення себе життя, і є результатом поступової або раптової реалізації внутрішніх суїцидальних тенденцій.

Суїцидальна поведінка – це поведінка, що включає різні форми активності, які служать деструктивним засобом вирішення особистісних проблем в умовах конфліктної ситуації. Це прояв суїцидальної активності: думки, наміри, висловлювання, погрози, спроби. Суїцидальна поведінка будується так, щоб суїцидальна спроба вдалася.

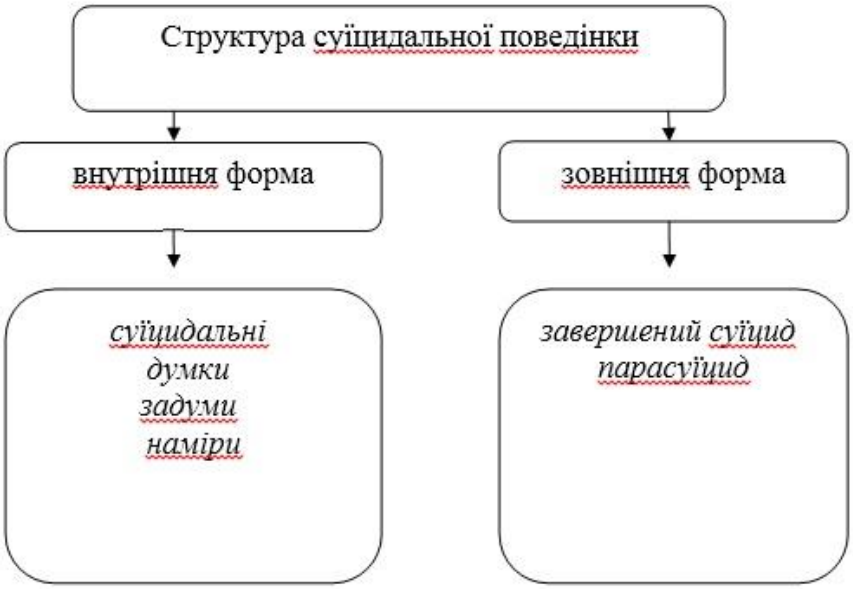


Рис. 1.2. Структура суїцидальної поведінки

Однією з ключових психологічних концепцій суїцидальної поведінки є теорія психічного болю (психахе), розроблена американським суїцидологом Едвіном Шнейдманом, який понад 40 років систематично вивчав механізми та причини трагедій самогубств у клінічних та емпіричних дослідженнях. Згідно з цією концепцією, центральним чинником суїцидальної поведінки є нестерпний суб'єктивний психологічний біль, що виникає внаслідок фрустрації базових психологічних потреб. Психахе включає переживання сорому, провини, безнадії, самознецінення, втрати сенсу життя та почуття екзистенційної порожнечі. Важливою особливістю психічного болю є його суб'єктивність: одна й та сама життєва ситуація може по-різному переживатися різними людьми залежно від особистісних ресурсів і попереднього досвіду. Шнейдман підкреслював, що суїцид є не прагненням до смерті, а спробою припинити нестерпний біль. У цьому контексті суїцидальна поведінка постає як дезадаптивна форма подолання страждання, коли інші способи регуляції емоцій і вирішення проблем виявляються недоступними або неефективними (Shneidman, 1993).

Незважаючи на різноманітність форм і способів реалізації суїцидальної поведінки, згідно концепції Е. Шнейдмана, виокремлюють низку універсальних характеристик, притаманних усім суїцидам.

По-перше, загальною метою суїциду є пошук рішення суб'єктивно нестерпної життєвої ситуації. Суїцидальна дія не є випадковою або безцільною, а розглядається особистістю як єдиний доступний спосіб подолання кризового стану та інтенсивних психічних страждань.

По-друге, основним завданням суїциду виступає припинення свідомості як способу зупинення нестерпного внутрішнього болю. Суїцид поєднує спрямованість до припинення переживань і втечу від психологічного дистресу, що формується за умов високої тривожності, емоційного напруження та летального ризику.

По-третє, провідним стимулом суїцидальної поведінки є інтенсивний психічний біль, від якого людина прагне звільнитися. Таким чином, суїцид постає як поєднання руху до припинення свідомості та уникнення нестерпного страждання.

По-четверте, ключовим стресором є фрустрація базових психологічних потреб. Суїцидальна поведінка формується як реакція на тривале незадоволення значущих потреб, і за умов їх адекватного задоволення суїцидальні тенденції, як правило, не виникають.

По-п'яте, домінантною емоцією суїцидального стану є поєднання безпорадності та безнадійності, що супроводжується тривогою та внутрішнім сум'яттям. У такому стані ефективним є не прямий вплив чи тиск, а зниження рівня емоційного напруження шляхом психологічної підтримки.

По-шосте, внутрішнє ставлення до суїциду має амбівалентний характер. Людина одночасно може прагнути смерті й очікувати порятунку, що створює можливість для превентивного втручання з боку фахівців.

По-сьоме, суїцидальному стану властиве звуження когнітивної сфери, що проявляється у так званому «тунельному мисленні», різкому обмеженні

варіантів вибору поведінки. Розширення когнітивних альтернатив є важливим напрямом профілактичної роботи.

По-восьме, типовою поведінковою реакцією є агресія у формі втечі. Суїцид у цьому контексті розглядається як крайній і остаточний варіант уникнення джерела психічного болю.

По-дев'яте, суїцидальна поведінка супроводжується комунікативними сигналами, що свідчать про намір або внутрішній кризовий стан. Їх своєчасне розпізнавання є ключовою умовою профілактики самогубств.

По-десяте, суїцидальна поведінка узгоджується із загальним стилем реагування особистості протягом життя. Аналіз попереднього досвіду подолання стресу та психічного болю дозволяє глибше зрозуміти механізми формування суїцидальних тенденцій.

Більшість сучасних дослідників сходяться на думці, що суїцидальна поведінка формується поступово. Вона може починатися з неоформлених думок про втому від життя, переходити у фантазії про смерть, далі у формування намірів і планів.

У наукових джерелах із сучасної суїцидології підкреслюється, що суїцидальна поведінка не може бути зведена до прямого наслідку психічного розладу. Хоча депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад та розлади особистості істотно підвищують ризик, вирішальним чинником часто виступає суб'єктивне переживання нестерпного психологічного болю, втрати сенсу та безвиході.

1.2. Психологічні корелянти суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка є одним із найскладніших, найтрагічніших, найзагадковіших і принципово багатогранніших психологічних феноменів сучасності, що охоплює надзвичайно широкий, різноманітний, багатоступеневий спектр проявів – від пасивних, нав'язливих, виснажливих суїцидальних думок, які безжально мучить людину ночами без сну та відпочинку, болісних, деталізованих фантазій про смерть як про єдине можливе полегшення від внутрішнього пекла, ретельно продуманих планів самогубства з вибором конкретного методу, часу та місця до активних, часто імпульсивних або навпаки детально спланованих спроб (парасуїцидів), що можуть бути як драматичним, відчайдушним «криком про допомогу» для привернення негайної уваги близьких, друзів чи психологів, так і серйозними, продуманими намірами з високим летальним потенціалом, і завершених, фатальних, безповоротних суїцидів, які трагічно, передчасно обривають молоде, перспективне, талановите життя на самому зорі його розквіту, залишаючи безмежну порожнечу в серцях рідних та суспільстві.

Теоретичний аналіз суїцидальної поведінки засвідчує її багатовимірний характер, де кінцевий акт є результатом складної взаємодії різних суїцидальних корелянтів та актуальних психологічних станів (Кришталь, 2024).

У сучасній психології суїцидальна поведінка розглядається як структурований процес, що включає кілька взаємопов’язаних компонентів:

1. Когнітивний компонент: суїцидальні думки, переконання про безвихідь ситуації, катастрофізація майбутнього, ригідність мислення, дихотомічне сприйняття реальності.

2. Емоційний компонент: інтенсивні негативні емоційні стани, зокрема відчай, тривога, депресивний афект, емоційна спустошеність.

3. Мотиваційний компонент: прагнення уникнути психологічного болю, втеча від проблем, зниження інстинкту самозбереження.

4. Поведінковий компонент: суїцидальні висловлювання, підготовчі дії, самопошкодження, суїцидальні спроби.

Така структура дозволяє диференціювати рівні ризику та визначати точки психологічного втручання.

Емоційно-афективні кореляти.

До найбільш стабільно підтверджених у наукових дослідженнях емоційно-афективних корелятів суїцидальної поведінки належать депресивні прояви, підвищений рівень тривожності та емоційна нестабільність. Депресивні стани супроводжуються переживанням безнадійності, зниженням життєвого тонусу та втратою інтересу до значущих сфер життя, що суттєво підвищує ризик формування аутоагресивних тенденцій.

Більшість людей, які вбивають себе, страждають від депресії та депресивних станах, які часто не діагностуються, а тому і не лікуються. Так як депресія часто лежить в основі суїциду, вивчення цього явища може допомогти зрозуміти причини суїциду.

Депресія – це стан, що характеризується пригніченим чи тужливим настроєм і зниженням психічної активності, які поєднуються з руховими розладами і різними соматичними порушеннями



Рис. 1.3. Види депресії

1) Ендогенна депресія, зумовлена генетичною схильністю до циклоїдного настрою: він або надмірно підвищений, або надмірно знижений, що буває частіше і з віком домінує, зовнішніх причин немає – вони можуть збігтися з різко пониженим настроєм. Основне переживання – невимовна туга, на душі «важка гранітна плита». Різко знижений настрій, але емоції дуже яскраві. Окрім цього х сильно виражена мислительна і рухова загальмованість. При цьому людина не може плакати «суха депресія» (не плачуть, майже не пітніють, мало виділяють сечі, сухість в роті, якщо пацієнт починає плакати, справи пішли на поправку). Маячні ідеї самозвинувачення, гріховності.

Передсуїцид: короткий, від 1 до кількох днів. Рішення про необхідність піти з життя приходить раптово. Характерно не бажання смерті як такої, а прагнення звільнитися від душевного болю, прагнення до само покарання, прагнення відпочити, подовжити сон. Вербально констатується бажання померти і впевненість у летальному виході.

Постсуїцид: безпосередньо після спроби прояви депресії відступають, однак через 10-12 днів після суїциду депресія проявляється більш чітко – виникає психомоторне загальмування, виражений меланхолійний синдром з вітальними проявами, ідеї самознищення. Депресивний стан триває 2-5 місяців. Близько третини повторюють спробу.

Соціально-психологічний клімат у батьківських сім’ях, як правило, благополучний. Особистісний тип суїцидентів – переважно циклоїдний.

2) Реактивна (психотична) депресія, виникає у відповідь на психотравмуючу ситуацію. Це психоз. Характерно: виникає безпосередньо після травми; в клінічній картині відображається ситуація психотравми; якщо усунути причину, людина видужує, чого не трапляється при інших видах депресії. Може супроводжуватися маячними ідеями, основною темою яких, крім самозвинувачення, виступає і звинувачення інших. Хворі плаксиві – себе шкода. Охоче розповідають про свої переживання.

Передсуїцид: тривалий, до 6 місяців. З погіршенням ситуації пасивні суїцидальні думки змінюються активними. Характерна ретельна обдуманість суїцидальний дій, наявність приводу для здійснення самогубства. Смерть не є метою. Переважає прагнення звільнитися від душевного болю, покарати інших своєю смертю.

Постсуїцид: у найближчому пост суїциді настрій нормалізується, пацієнти починають будувати реалістичні плани на майбутнє, стійка критика вчинку. Депресивний стан знову розвивається через 1-1,5 тижні і полягає у вираженому меланхолійному синдромі з руховою та ідеаторною загальмованістю, з порушенням сну та апетиту. Хворі знову концентруються напсихотравмі, що передувала суїциду. Депресивний стан триває 1-1,5 місяців.

Народжуються переважно від літніх батьків, батьківські сім'ї благополучні. Суїциденти рано одружуються і прагнуть будь-що зберегти свою сім'ю. Особистісний тип суїцидентів – циклоїдний.

3) Непсихотична (психогенна) депресія – ті ж причини і прояви, що й при реактивній, але це легша форма – невротична. Суїцидальна спроба здійснюється у зв'язку з важкою психотравмуючою ситуацією.

Передсуїцид: характеризуться двох фазністю: збігається із погіршення нервово-психічного стану і полягає у короткочасній появі у свідомості ідей самогубства на рівні пасивних суїцидальний думок. Надалі ці переживання дезактуалізуються аж до другої фази – моменту появи суїцидальний намірів у відповідь на конкретний привід, що виникає за кілька годин чи хвилин до суїциду. Як правило акт самогубства не готується заздалегідь. У вербальній оцінці переважають переживання нестерпності існування в даних умовах і жалю до себе. Реальної впевненості у летальному виході немає, суїцид розраховується на можливість вчасного порятунку і носить демонстративний характер чи характер помсти.

Постсуїцид: пацієнти відчувають полегшення, настрій більш стійкий. Однак після того, як опиняються знову у психотравмуючій ситуації, їх психічний статус повертається до передсуїцидального.

Виховувалися, як правило, у неповних і неблагополучних сім'ях, де були розлучення і повторні шлюби. Часто в анамнезі травми голови. Особистісний тип – емоційно-лабільний.

4) Пресинильна (інволюційна) депресія – розвивається в старечому віці. Найчастіше вражає жінок. В її основі переживання тривоги, що поєднується із сильним руховим збудженням. Очікування чогось страшного, звинувачують себе і когось. Сенс суїциду – краще померти, ніж жити, постійно очікують чогось страшного. Важкі соматичні наслідки суїцидальний спроб.

Когнітивні кореляти.

Важливу роль у формуванні суїцидальної поведінки відіграють специфічні когнітивні установки та мисленнєві процеси. Згідно з когнітивною моделлю А. Бека, провідне значення має негативна когнітивна тріада, що включає дисфункційні уявлення про себе, навколишній світ і майбутнє. У студентської молоді часто фіксуються деструктивні переконання щодо власної некомпетентності, безперспективності або невідповідності соціальним і академічним очікуванням. Сучасні теоретичні підходи (зокрема модель Т. Джойнера) виокремлюють такі когнітивні кореляти, як сприйнята обтяжливість для інших та переживання соціальної ізоляції. Характерним є також феномен когнітивного звуження, за якого в умовах дистресу молода людина втрачає здатність бачити альтернативні способи розв'язання проблемної ситуації.

Особистісні кореляти.

Серед особистісних чинників, пов'язаних із суїцидальною поведінкою, найчастіше виділяють високий рівень нейротизму, занижену самооцінку, схильність до самозвинувачення та виражений перфекціонізм. Значущим корелятом виступає імпульсивність, яка підвищує ймовірність раптової реалізації суїцидальних намірів. У працях українських дослідників

наголошується на ролі труднощів саморегуляції, емоційної нестійкості та поведінкової ригідності, що обмежують здатність студента конструктивно долати життєві труднощі. Особистісна тривожність і підвищена чутливість до міжособистісних конфліктів також формують характерну структуру суїцидального ризику.

Міжособистісні та соціально-психологічні кореляти.

Вагоме значення у формуванні суїцидальних тенденцій мають соціально-психологічні чинники, які визначають характер взаємодії студента з найближчим соціальним оточенням. До них належать недостатній рівень соціальної підтримки, переживання самотності, міжособистісні конфлікти, а також досвід булінгу чи соціального відторгнення. Втрата значущих стосунків або різкі зміни соціальних ролей можуть провокувати емоційні кризи, що посилюють суїцидальні прояви. Для студентської молоді притаманна нестабільність соціальних зв’язків і висока залежність від групового схвалення, що підсилює вплив зазначених чинників.

Стресові та копінг-кореляти.

Стресова вразливість виступає одним із ключових корелятів суїцидальності. Високий рівень гострого або хронічного стресу, неадаптивні копінг-стратегії (уникнення, пасивність, емоційне відреагування) та низька резильєнтність істотно знижують адаптаційні можливості студента. Академічне перевантаження, фінансові труднощі, соціальна нестабільність і невизначеність професійних перспектив сприяють накопиченню психоемоційної напруги, яка у взаємодії з емоційними й когнітивними чинниками може призводити до формування суїцидальних намірів.

Поведінкові кореляти.

До поведінкових індикаторів підвищеного суїцидального ризику належать зловживання психоактивними речовинами, несуїцидальна аутоагресивна поведінка (NSSI), схильність до ризикованих дій, порушення сну та харчової поведінки. Такі прояви свідчать про загальне зниження адаптаційних ресурсів

особистості та можуть розглядатися як ранні маркери ймовірності суїцидальних дій.

Серед усього спектру психологічних чинників, клінічні та емпіричні дослідження послідовно виділяють депресію та тривожність як центральні предиктори суїцидального ризику.

Найбільш потужним та емпірично підтвердженим корелятом суїцидальної поведінки є депресивні розлади. Клінічні дослідження в Україні, зокрема, демонструють, що серед молоді з ендогенними депресіями 64,4% мають суїцидальні думки, а 59,7% здійснювали суїцидальні спроби (Олейчик, Панько 2013). Цей зв'язок пояснюється через ключові психологічні механізми депресії. Центральну роль тут відіграє когнітивна модель А. Бека (Beck, 1988), згідно з якою в основі депресії лежить негативна когнітивна тріада: негативне бачення себе, негативне бачення власного досвіду (світу) та негативне бачення майбутнього. Саме третій компонент, безнадійність, виступає ключовим медіатором між депресією та суїцидальними намірами. Безнадійність, як стійке когнітивне переконання у тому, що поточні проблеми є нерозв'язними, а майбутнє не обіцяє полегшення, робить нестерпний «психічний біль» (Shneidman, 1993) перманентним. У цьому стані суїцид починає сприйматися особистістю як єдиний раціональний спосіб припинити страждання. Тривожність та стани високого психологічного дистресу (Дембіцький, 2018) також є значущими корелятами суїцидального ризику. На відміну від депресії, яка створює мотиваційне тло через безнадійність, висока тривожність часто виступає як каталізатор, що прискорює перехід від ідеації до дії.

Високий рівень афективного напруження, ажитація (психомоторне збудження) або «тривожна рішучість» посилюють нестерпність поточного стану. Тривога знижує здатність до когнітивного контролю, рефлексії та пошуку альтернативних рішень, посилюючи імпульсивність. Суїцидальна дія в цьому контексті може розглядатися и як імпульсивна реакція, спрямована на негайне припинення нестерпного афекту.

У клінічній практиці депресія та тривожність часто є коморбідними. Дослідження підтверджують стійкі позитивні кореляції між високим рівнем тривоги та депресивними станами (Федотова, 2024). Таке поєднання є особливо небезпечним: депресія забезпечує безнадійне бачення та суїцидальні думки, а тривога надає енергію та афективний поштовх, необхідний для подолання інстинкту самозбереження та здійснення спроби.

Таким чином, теоретичні моделі обґрунтовують розгляд депресії та тривожності як ключових психологічних корелянтів. Припускається, що депресія (через механізм безнадійності) формує бажання смерті, прагнення закінчити з болем, а тривожність (через афективне напруження) виступає каталізатором, що значно знижує поріг переходу до суїцидальної дії.

Узагальнюючи вищевикладене, можна припустити, що взаємозв’язок між депресією, тривогою та суїцидальною поведінкою, має позитивний характер.

1.3. Проблема суїцидальної поведінки у студентської молоді в сучасних психологічних дослідженнях

У фокусі сучасних досліджень перебуває студентський вік, який охоплює період ранньої дорослості, традиційно розглядається у віковій психології як чутливий етап онтогенезу (Г. Костюк). Згідно з сучасними науковими уявленнями, студентський вік є періодом інтенсивного особистісного становлення, у межах якого відбувається формування професійної ідентичності, психологічне відокремлення від батьківської родини, розширення соціальних контактів та перехід до самостійного способу життя. Поряд із значним потенціалом розвитку, цей етап характеризується підвищеним рівнем психоемоційної напруги, зумовленої зіткненням молодої людини з новими вимогами та стресорами, що нерідко перевищують наявні адаптаційні ресурси. У таких умовах зростає вразливість до емоційних порушень, які у поєднанні з нормативними кризами розвитку можуть сприяти виникненню суїцидальної поведінки.

На відміну від підліткового та зрілого віку, студентська молодь переживає специфічний комплекс нормативних криз, пов’язаних із навчальною діяльністю та входженням у професійне середовище. Початковий етап навчання часто супроводжується кризою адаптації, зумовленою різкою зміною соціального контексту, переїздом, включенням у нове освітнє середовище та необхідністю високого рівня самостійності й самоорганізації. Ці процеси поєднуються з переживаннями самотності, невпевненості у власних можливостях і страхом неуспішності.

Формування ризику суїцидальної поведінки у студентської молоді зумовлене надзвичайно складною, багаторівневою, динамічною та кумулятивною взаємодією внутрішніх індивідуально-психологічних чинників, таких як клінічна депресія з її характерною апатією, ангедонією та повною

безнадійністю, генералізований тривожний розлад з панічними атаками та нав'язливими думками, хронічна низька самооцінка з постійним самознеціненням і почуттям провини, висока імпульсивність з раптовими неконтрольованими рішеннями, а також зовнішніх соціально-культурних, сімейних та середовищних умов, що включають соціальну дезінтеграцію та ізоляцію від однолітків, травматичні життєві події як втрата близьких чи розлучення батьків, хронічні стресори академічного характеру як сесійний тиск чи страх відрахування, а в українському контексті – повномасштабну війну з її унікальними факторами.

Концепція психахе, запропонована Е. Шнейдманом, залишається однією з найбільш теоретично обгрунтованих і емпірично підтверджених у сучасній суїцидології. Вона розглядає суїцидальну поведінку як наслідок нестерпного, суб’єктивно переживаного психічного болю, що виникає в умовах хронічної фрустрації базових психологічних потреб особистості. Сучасні дослідження підтверджують, що саме інтенсивність і тривалість психічного болю, а не лише наявність психічного розладу, є ключовим предиктором суїцидальних ідей та намірів, зокрема серед молоді студентського віку.

Студентський вік характеризується як критичний і перехідний етап психічного розвитку, що поєднує завершення підліткового періоду та входження в дорослість. У цей час відбувається інтенсивне формування особистісної та професійної ідентичності, автономії, життєвих цінностей і смисложиттєвих орієнтацій. Згідно з сучасними моделями розвитку (Дж. Арнетт, Е. Еріксон), саме в цей період підвищується вразливість до екзистенційних криз, афективної нестабільності та дезадаптивних способів подолання стресу.

На тлі навчального процесу студентська молодь стикається з множинними, часто кумулятивними стресорами: академічними труднощами, страхом відрахування, фінансовою нестабільністю, невизначеністю професійних перспектив, а також кризами у сфері міжособистісних і романтичних стосунків. Дослідження останніх років демонструють, що повторювані навчальні невдачі та

суб’єктивне сприйняття академічної неспроможності можуть набувати катастрофізованого характеру, формуючи відчуття безвиході, сорому та тотальної втрати контролю над майбутнім. Подібні когнітивно-афективні викривлення суттєво підвищують ризик суїцидальної поведінки.

Вагомим чинником накопичення психахе у студентів також є міжособистісні втрати, зокрема розриви значущих романтичних стосунків, які в цьому віці часто мають ідеалізований характер і виконують функцію підтвердження власної цінності. Розрив таких стосунків може супроводжуватися глибоким почуттям самотності, відкинутості та екзистенційної порожнечі, що узгоджується з міжособистісною теорією суїциду Т. Джойнера, де ключову роль відіграють переживання «обтяженості» та «порушеної належності».

Окремо слід виділити вплив зовнішнього соціального тиску, зокрема завищених батьківських очікувань щодо професійної реалізації, матеріального успіху та життєвих термінів досягнень. Невідповідність між цими очікуваннями та реальними умовами життя студентів, фінансовими труднощами, проживанням у гуртожитках, нестабільним освітнім процесом, посилює внутрішній конфлікт і сприяє формуванню стійкого відчуття неуспішності та безперспективності.

Досвід пандемії COVID-19 додатково актуалізував проблему психічного здоров’я студентської молоді. Тривале дистанційне навчання, соціальна ізоляція, зниження якості міжособистісної взаємодії та порушення відчуття приналежності були пов’язані зі зростанням депресивних симптомів, суїцидальних думок і переживань втрати сенсу життя, що підтверджується численними міжнародними дослідженнями.

В українському контексті концепція психахе набуває особливого, специфічного змісту у зв’язку з тривалою повномасштабною війною. Хронічний травматичний стрес, постійна загроза життю, втрати близьких, вимушене переміщення, мобілізація ровесників та порушення базового відчуття безпеки формують у студентської молоді стан тривалого психоемоційного виснаження. Дослідження, проведені в Україні після 2022 року, свідчать про зростання рівня

тривоги, депресії та симптомів комплексної травматизації серед молоді, що значно підсилює інтенсивність психахе.

Таким чином, у сучасних умовах психічний біль студентської молоді в Україні має не епізодичний, а хронічний, фоновий характер і формується під впливом поєднання індивідуальних, соціальних та макросоціальних чинників. У межах концепції Шнейдмана суїцидальна поведінка постає не як прагнення до смерті, а як спроба припинити нестерпний психічний біль, що перевищує адаптаційні ресурси особистості. Саме ця теоретична позиція є методологічно значущою для аналізу психологічних корелятів ризику суїцидальної поведінки студентської молоді в сучасній Україні.

Суїцидологи зазначають, що абиякі несподівані або драматичні зміни, що впливають на поведінку підлітка чи юнака, абиякі зміни в їх поведінці, словесні й емоційні ознаки слід сприймати всерйоз. До них відносяться (Рибалка, 2007)

- втрата інтересу до звичних видів діяльності;

- раптове зниження успішності навчання;

- незвичне зниження активності, нездатність до вольових зусиль;

- погана поведінка у навчальному закладі;

- незрозумілі або такі, що часто повторюються зникнення з дому і прогули по навчанню;

- збільшення споживання тютюну, алкоголю або наркотиків;

- інциденти із залученням правоохоронних органів, участь у правопорушеннях.

При прояві цих явищ слід звернути особливу увагу. Далі слід бути уважними до наступних поведінкових, словесних, емоційний, депресивних ознак суїцидальної загрози (Рибалка, 2007)

Поведінкові ознаки суїцидальної загрози:

- будь-які раптові зміни у поведінці і настроях, особливо тих, що віддаляють від близьких людей;

- схильність до необачних і безрозсудних вчинків;

- надмірне споживання алкоголю чи таблеток;

- відвідування лікаря без очевидної необхідності;

- розлучення з дорогими речами або грошима;

- придбання засобів скоєння суїциду;

- підведення підсумків, приведення справ до порядку, приготування до уходу;

- нехтування зовнішнім виглядом.

Словесні ознаки суїцидальної поведінки:

- упевнення у безпорадності і залежності від інших, продавання;

- повідомлення про конкретний план суїциду;

- подвійна оцінка значущих подій

- розмови або жарти щодо бажання померти

- повільна, маловиразна мова

- висловлювання самозвинувачень

Емоційні прояви суїцидальних тенденцій:

- амбівалентність, подвійність емоцій і почуттів;

- безпорадність, безнадійність;

- переживання горя;

- ознаки депресії;

- почуття провини або відчуття невдачі, поразки;

- надмірні побоювання або страхи;

- почуття власної малозначущості;

- неуважність, розсіяність або розгубленість.

Депресивні прояви у молоді із суїцидальною поведінкою:

- сумний настрій;

- почуття нудьги;

- почуття втоми;

- порушення сну;

- соматичні скарги;

- непосидючість, неспокійність;

- фіксація уваги на дрібницях;

- надмірна емоційність;

- замкненість, скупість;

- розсіяна увага;

- агресивна поведінка;

- неслухняність;

- схильність до бунту;

- зловживання алкоголем або наркотиками;

- погана успішність навчання;

- прогули у ВНЗ.

Науковиця та психологиня В. Силяхіна звертає увагу батьків на такі моменти у поведінці та висловлюваннях молоді, схильних до кризових ситуацій і суїцидальних спроб (Силяхіна, 2005)

- скарги на відсутність сенсу життя: «Навіщо мені жити?», «Який сенс в тому, що я живу?»;

- висловлювання дитини: «Мені усе надоїло!», «Не хочу нікого бачити, не хочу нічим займатися!»;

- скарги на дурні передчуття: «Я відчуваю, що скоро помру!»;

- підвищений, стабільний інтерес до питань смерті, загробного життя, до похоронних ритуалів;

- словесні натяки на смерть, що наближується: «Потерпіть, недовго Вам залишилося мучитися!», «Ви ще пожалієте, але буде пізно!»;

- наведення особливого порядку у своїй кімнаті, серед своїх особистих речей, роздача деяких речей товаришам, остаточне з'ясування стосунків;

- раптовий, без видимих причин наступ спокою, смиренного стану після стресу або тривалого стану депресії;

- таємні приготування до чогось, що дитина відмовляється пояснювати;

- тривалий стан внутрішньої зосередженості, що не було раніше для дитини характерним, відсутність бажання спілкуватися з друзями, родичами, ходити в гості, грати, вести активний спосіб життя (там само)

Висновки до 1 розділу

У першому розділі дипломної роботи виконано всебічний теоретичний огляд концепції суїциду як багатокомпонентного психопатологічного процесу, зумовленого взаємодією психологічних, соціальних, біологічних і контекстуальних факторів, поряд з аутоагресією як взаємопов'язаною системою деструктивних поведінкових патернів, що охоплює непрямі суїцидальні прояви, самоушкодження без наміру летального результату (NSSI) та інші форми саморуйнівної активності. Теоретичне дослідження структурує суїцидальну активність як еволюційний спектр, де когнітивні спотворення, порушення емоційного контролю, сімейні конфлікти, нейрохімічні збої, соціальне відторгнення й травматичні впливи обумовлюють перехід від суїцидальних думок через спроби до дій із високим ризиком фатальності, з особливим фокусом на латентні механізми та психодинамічні аспекти автодеструкції. Аутоагресія трактується як провідний індикатор потенційної ескалації загроз, поширений серед юнацького й уразливого контингенту, що функціонує як первинний сигнал серйозних психоемоційних дефіцитів і потребує валідованих діагностичних методик для прецизійної диференціації, комплексної оцінки та передбачення в професійній діяльності психологів.

Дослідження засвідчує концептуальну інтеграцію суїциду й аутоагресії на базі конвергентних етіопатогенетичних чинників, зокрема депресивно-анксіозних синдромів, соціальної дезінтеграції, агресії з боку однолітків, посттравматичної симптоматики та наслідків актуальних кризових ситуацій (у тому числі пандемічних і мілітарних стресів), що підкреслює стратегічну значущість питання в національному психосоціальному середовищі з його характерними специфіками. Узагальнено профілактичні парадигми з міждисциплінарним вектором: первинна ланка – освітні ініціативи для розвитку компетенцій і сенсибілізації суспільства; вторинна – інструментарій скринінгу

для оперативного констатування аутоагресивних тенденцій і NSSI як стартових позицій суїцидальної прогресії; третинна – протоколи кризового реагування з трекінгом еволюції ризиків і відновленням гомеостазу. Такі тези легітимізують конструювання цільових тренінгових комплексів для практикуючих психологів, адаптованих до специфіки груп із підвищеною вразливістю, включно з юними особами, молодшим поколінням і самими спеціалістами з урахуванням їхнього професійного вигорання.

Інтегративна модель інтерпретації аутоагресії як продромального сигналу суїцидальності створює передумови для імплементації раціоналізованих тактик інтервенції, які консолідують когнітивно-біхевіоральні техніки для реструктуризації когніцій, реляційні протоколи сімейного супроводу, gatekeeper-програми профілактики та багаторівневий контроль для вдосконалення діагностики, редукції патологічної частоти та аверсії летальних епізодів у критичних фазах. Теоретичні імплікації першого розділу конституюють надійний методологічний фундамент для експериментальної фази дисертаційного проекту, акцентуючи стратегічну місію психологів у конкретизації профілактичних ініціатив, які синтезують абстрактні конструкції з інструментарієм прикладної дії, скоригованим під регіональні реалії та актуальні виклики. У підсумку, реалізований синтез аргументує домінування холістичних підходів до категоризації суїциду й аутоагресії, їхньої ефективної модуляції в контексті захворюваності та посилення резилієнтності колективного психічного здоров’я.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ КОРЕЛЯНТІВ РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

2.1. Організація, вибірка та методи емпіричного дослідження

У другому розділі представлено організацію емпіричного дослідження, характеристику вибірки та обґрунтування використаних психодіагностичних методів. Метою даного етапу було виявлення психологічних корелянтів ризику суїцидальної поведінки серед студентської молоді.

Емпіричне дослідження проводилося протягом березня 2026 року. Загальна вибірка становила 45 респондентів, серед яких 38 осіб жіночої статі та 7 чоловічої. Вік учасників коливався у межах від 17 до 21 року (рисунок 2.4). У дослідженні взяли участь студенти коледжів та закладів вищої освіти.

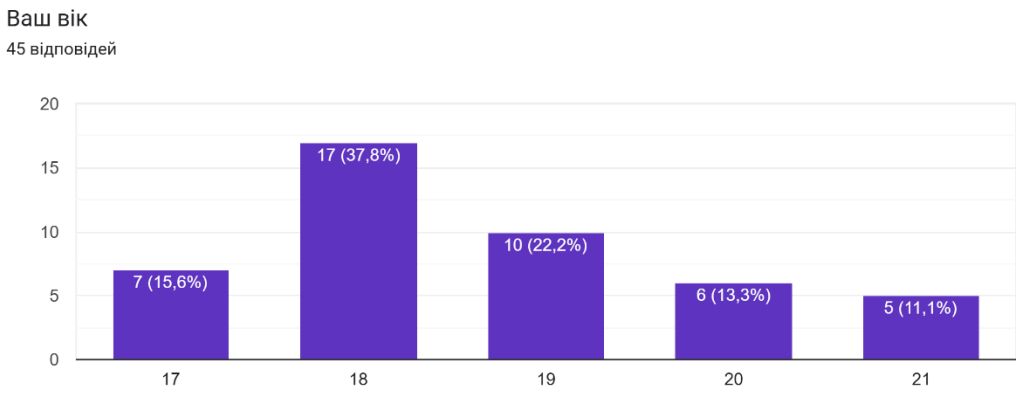


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за віком

Збір емпіричних даних здійснювався за допомогою онлайн-платформи Google Forms, що забезпечило зручність доступу до опитування, а також

анонімність та добровільність участі респондентів. Використання онлайн-формату дозволило охопити ширшу аудиторію студентської молоді та мінімізувати вплив зовнішніх факторів на результати дослідження.

З метою вивчення психологічних корелянтів ризику суїцидальної поведінки було застосовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку емоційного стану, рівня тривожності, депресивних проявів, самооцінки та інших релевантних психологічних характеристик.

З метою реалізації емпіричного дослідження було відібрано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити психологічні кореляти ризику суїцидальної поведінки. Зокрема, у дослідженні використано такі інструменти: «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська) (Федоренко, 2025); «Шкала депресії А. Бека» (Beck Depression Inventory – BDI) в адаптації Н. Тарабриної (Кокун та ін., 2019); «Шкала безнадійності А. Бека» (Beck Hopelessness Scale – BHS) в адаптації Н. Тарабриної (Кокун та ін., 2019); а також «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) (Кокун та ін., 2019).

Застосування зазначеного комплексу методик обумовлене необхідністю комплексного вивчення емоційно-особистісних характеристик респондентів, зокрема рівня депресивності, безнадійності, тривожності та схильності до суїцидальної поведінки як ключових психологічних предикторів досліджуваного феномену.

У межах емпіричного дослідження першочергово було використано методику визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) (Федоренко, 2025). Дана методика спрямована на виявлення рівня схильності особистості до суїцидальної поведінки та визначення відповідних ризик-факторів. Вона дозволяє оцінити наявність суїцидальних думок, намірів, емоційної напруженості, відчуття безвихідності та інших психологічних проявів, пов’язаних із суїцидальним ризиком.

Методика «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» розроблена М. Горською як спеціалізований психодіагностичний інструмент для виявлення суїцидального ризику серед підлітків і молоді. Її теоретико-методологічною основою є емпірично виокремлений комплекс афективних, когнітивних і поведінкових показників, які, відповідно до клініко-психологічних спостережень, виступають індикаторами пресуїцидальних станів та аутоагресивних тенденцій.

У процесі розробки методики було використано принципи психометричної валідизації, зокрема оцінку внутрішньої узгодженості та прогностичної значущості сукупності тверджень як інтегрального показника суїцидальної схильності. Концептуально методика інтегрується у ширший контекст психологічної діагностики девіантної та аутоагресивної поведінки, ґрунтуючись на уявленні про суїцид як багатофакторний феномен, детермінований взаємодією особистісних, емоційних і соціально-середовищних чинників.

Опитувальник складається з 40 тверджень, які відображають емоційні стани, ставлення до себе, життя, труднощів та соціального оточення (Додаток А). Для кожного твердження передбачено фіксовану шкалу відповідей, що забезпечує можливість кількісної оцінки рівня вираженості відповідних психологічних характеристик у досліджуваних (Федоренко, 2025).

Шкала депресії А. Бека, в адаптації Н. Тарабриної (Кокун та ін. 2019) було обрано з метою оцінки вираженості окремих компонентів депресивного синдрому (зокрема смутку, песимізму, зниження самооцінки, втрати інтересу до діяльності, підвищеної втомлюваності тощо), а також визначення інтегрального рівня депресивної симптоматики.

Шкала депресії А. Бека є однією з найбільш валідизованих і широко застосовуваних психодіагностичних методик для вимірювання депресії, що забезпечує порівнюваність результатів у різних дослідженнях і практичних контекстах. Її використання дозволяє стандартизувати оцінку суб’єктивно переживаних симптомів, зменшити залежність від інтуїтивних клінічних

суджень і забезпечити об’єктивізацію психодіагностичного процесу. Методика ефективно застосовується як для скринінгу депресивних станів, так і для моніторингу їх динаміки.

Теоретичною основою методики є когнітивна модель депресії, розроблена А. Беком. Конструювання опитувальника здійснювалося на основі систематичного аналізу клінічних спостережень за пацієнтами з депресивними розладами, що дозволило виокремити типові афективні, когнітивні та соматичні симптоми. Подальша розробка інструменту передбачала психометричну перевірку інформативності та дискримінативності окремих пунктів, а також апробацію на клінічних і неклінічних вибірках із метою оцінки внутрішньої узгодженості, ретестової надійності, конструктної та критерійної валідності.

Опитувальник BDI складається з 21 пункту, кожен із яких представлений у вигляді групи тверджень, що відображають різні рівні вираженості певного симптому (Додаток Б). Респондент обирає один варіант відповіді, який найбільш точно відповідає його стану за останній період. Кожному варіанту відповіді присвоєно певне числове значення (від 0 до 3), що відображає інтенсивність прояву симптому. Сумарний бал за всіма пунктами формує інтегральний показник рівня депресивної симптоматики, який інтерпретується відповідно до встановлених у методиці порогових значень.

Шкала безнадійності А. Бека, в адаптації Н. В. Тарабриної (Кокун та ін, 2019) посідає важливе місце серед інструментів психологічної діагностики, оскільки безнадійність розглядається як один із ключових предикторів суїцидальної поведінки та значуща складова депресивної симптоматики. Використання даної методики забезпечує стандартизацію оцінки суб’єктивних переживань, пов’язаних зі сприйняттям майбутнього, дозволяє уникнути суто описового та інтуїтивного підходу і отримати кількісні показники, придатні для наукового аналізу та обґрунтованих психологічних висновків.

Метою застосування шкали є операціоналізація конструкту «безнадійність» через систему показників, що відображають негативні

очікування щодо майбутнього, переконання у відсутності контролю над життєвими подіями та невіру в можливість позитивних змін. Отриманий інтегральний показник дозволяє визначити ступінь вираженості безнадійності та диференціювати її рівні (низький, помірний, високий), зокрема в контексті оцінки суїцидального ризику.

Шкала безнадійності Бека була розроблена А. Беком і його колегами в межах когнітивної моделі депресії як інструмент емпіричного вимірювання конструкту «безнадійність», який розглядається як центральна ланка у формуванні депресивних і суїцидальних станів. Побудова методики ґрунтувалася на аналізі клінічних спостережень, висловлювань пацієнтів щодо майбутнього, характерних когнітивних спотворень та негативних очікувань, із подальшим емпіричним відбором найбільш інформативних і дискримінативних тверджень. У процесі апробації було здійснено психометричну перевірку методики на клінічних і неклінічних вибірках, що підтвердило її внутрішню узгодженість, ретестову надійність, конструктну та критерійно-орієнтовану валідність.

Методика представлена у формі стандартизованого опитувальника, який містить 20 тверджень, що відображають ставлення особистості до власного майбутнього, очікуваних подій і можливості позитивних змін. Для кожного твердження передбачено дихотомічний формат відповіді («вірно» / «невірно»), що забезпечує однозначність кодування результатів. Респонденту пропонується обрати варіант, який найбільш точно відповідає його актуальним переживанням. Важливо зазначити, що твердження не мають «правильних» чи «неправильних» відповідей, а спрямовані на фіксацію індивідуального досвіду (Додаток В).

Кожна відповідь має визначене числове значення, а сумарний бал за всіма пунктами утворює інтегральний показник рівня безнадійності, який інтерпретується відповідно до встановлених у методиці порогових інтервалів.

Методику «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера (Кокун та ін., 2019) було обрано з метою кількісної

оцінки тривожності як тимчасового емоційного стану (реактивної тривожності) та як відносно стійкої індивідуально-психологічної властивості особистості (особистісної тривожності).

За допомогою даної методики оцінюються два взаємопов'язані, але відносно автономні показники:

– рівень реактивної (ситуативної) тривожності, що відображає актуальний стан емоційного напруження, занепокоєння та тривоги в конкретний момент часу або в певній ситуації;

– рівень особистісної тривожності як стійка схильність індивіда сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як загрозливі та реагувати на них підвищеним рівнем тривоги.

Застосування шкали дозволяє виявляти осіб із підвищеним рівнем тривожності, що може виступати чинником ризику емоційної дезадаптації, психосоматичних порушень і зниження ефективності навчальної або професійної діяльності. Крім того, методика забезпечує можливість порівняльного аналізу рівня тривожності в різних вибірках, а також дослідження взаємозв'язків тривожності з іншими психологічними змінними, зокрема депресивністю, безнадійністю та особливостями емоційної регуляції.

Шкала була розроблена Ч. Спілбергером на основі теоретичного розмежування тривожності як стану (state anxiety) і як риси (trait anxiety) з подальшою психометричною операціоналізацією цих конструктів. Створення методики ґрунтувалося на аналізі емпіричних даних щодо проявів тривожності в різних ситуаціях, відборі вербальних індикаторів, які відображають як актуальні емоційні стани, так і стійкі індивідуальні особливості переживання тривоги, а також подальшій статистичній перевірці інформативності, дискримінативності та внутрішньої узгодженості пунктів.

Методика представлена у формі стандартизованого опитувальника, який складається з двох самостійних частин, спрямованих на оцінку реактивної та особистісної тривожності. Кожна частина містить по 20 тверджень, що описують

емоційний стан або типові переживання досліджуваного. У першій частині («Шкала реактивної тривожності») респондент оцінює, як він почувається в даний момент, тоді як у другій («Шкала особистісної тривожності»), як він почувається зазвичай. Для кожного твердження передбачено градуйовані варіанти відповідей, які підлягають кількісному кодуванню.

Сумарні бали за кожною з двох шкал утворюють інтегральні показники реактивної та особистісної тривожності, які інтерпретуються відповідно до нормативних значень, прийнятих у методиці (Додаток Д).

Таким чином, сформований комплекс психодіагностичних методик забезпечує цілісне та багатовимірне вивчення психологічних корелятів ризику суїцидальної поведінки студентської молоді. Поєднання інструментів, спрямованих на оцінку суїцидальної схильності, рівня депресивності, безнадійності та тривожності, дозволяє дослідити як емоційно-афективні, так і когнітивно-особистісні аспекти психічного функціонування респондентів. Такий підхід відповідає сучасним уявленням про суїцидальну поведінку як багатофакторний феномен, зумовлений взаємодією індивідуально-психологічних характеристик та емоційних станів.

Використання стандартизованих, валідних і надійних методик забезпечує об’єктивність отриманих даних, їхню порівнюваність та можливість подальшого статистичного аналізу. Це, у свою чергу, створює методологічне підґрунтя для виявлення значущих взаємозв’язків між досліджуваними показниками та формулювання обґрунтованих висновків щодо психологічних чинників ризику суїцидальної поведінки у студентської молоді.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

У даному підрозділі представлено аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних корелятів ризику суїцидальної поведінки студентської молоді, отриманих за допомогою обраного комплексу психодіагностичних методик.

Обробка та інтерпретація емпіричних даних здійснювалися відповідно до ключів і нормативних показників кожної з використаних методик, а саме: методики визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська), шкали депресії А. Бека, шкали безнадійності А. Бека, та шкали оцінки рівня реактивної й особистісної тривожності Ч. Спілбергера.

Аналіз результатів передбачав визначення рівнів вираженості досліджуваних показників у вибірці респондентів, зокрема рівня суїцидальної схильності, депресивності, безнадійності та тривожності, а також виявлення їх розподілу серед досліджуваної групи. Окрім описового аналізу, увагу було зосереджено на встановленні взаємозв'язків між зазначеними психологічними характеристиками, що дозволяє глибше зрозуміти їхню роль у формуванні суїцидального ризику.

Отримані результати подано у вигляді узагальнених показників, таблиць і графічних матеріалів, що сприяє їх наочності та полегшує подальшу інтерпретацію. Здійснений аналіз є підґрунтям для формулювання висновків щодо специфіки прояву психологічних корелятів суїцидальної поведінки у студентської молоді.

Першим етапом емпіричного дослідження став аналіз результатів, отриманих за методикою дослідження визначення сильності до суїцидальної поведінки (М. Горська).

Отримані результати даної методики продемонстровано на рисунку 2.5. та Додатку Ж.

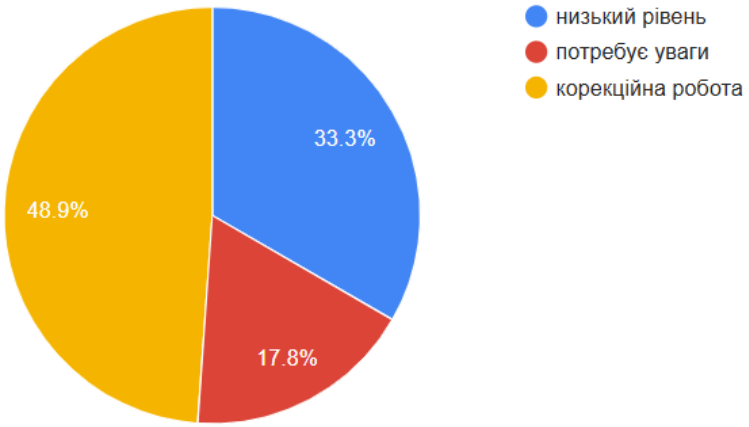


Рис.2.5. Результати опитування серед студентської молоді за методикою Визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)

У результаті проведеного емпіричного дослідження встановлено, що серед студентської молоді домінує високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, який становить 48,9% від загальної вибірки респондентів за даною методикою. Відповідно до інтерпретації методики М. Горської, високий рівень схильності свідчить про виражену психологічну уразливість особистості та розглядається як значущий індикатор підвищеного суїцидального ризику, що потребує уваги з боку практичних психологів.

Респонденти з високим рівнем схильності, як правило, характеризуються наявністю стійких дезадаптивних когнітивних установок, зокрема переживанням власної неспроможності, відчуттям тягаря для оточуючих, а також суб'єктивним сприйняттям безвихідності життєвої ситуації. У таких осіб суїцидальні думки можуть набувати більш регулярного або нав'язливого характеру, а здатність до самостійного подолання кризових станів є зниженою. Виявлення значної частки студентів із високим рівнем схильності до суїцидальної поведінки свідчить про необхідність своєчасного психологічного втручання та організації профілактичних і корекційних заходів у межах закладу освіти, оскільки за

несприятливих умов такий стан може трансформуватися у формування суїцидальних намірів або реалізацію аутоагресивної поведінки.

Низький рівень схильності до суїцидальної поведінки виявлено у 33,3% респондентів. Це може свідчити про наявність достатнього рівня психологічних ресурсів і дії захисних факторів, що знижують імовірність формування суїцидального ризику. Особи з низьким рівнем, як правило, демонструють збережену життєву мотивацію, здатність до емоційної саморегуляції та конструктивного подолання стресових ситуацій. Навіть в умовах академічного навантаження або міжособистісних труднощів вони зберігають відносно стабільне психоемоційне функціонування та не схильні до катастрофізації життєвих подій. Наявність такої частки респондентів може розглядатися як відносно позитивний показник психологічної стійкості досліджуваної вибірки.
Проміжний рівень схильності до суїцидальної поведінки, що потребує підвищеної психологічної уваги, виявлено у 17,8% респондентів. Даний рівень не є клінічно значущим, однак свідчить про наявність окремих ризикових психологічних маркерів, які можуть за певних умов підвищувати уразливість особистості. Зокрема, для таких студентів характерними є знижена стресостійкість, тенденція до песимістичного оцінювання майбутнього, переживання емоційної напруженості та епізодичні відчуття соціальної ізоляції або нерозуміння з боку оточення. За несприятливого поєднання зовнішніх та внутрішніх факторів ці особливості можуть сприяти підвищенню рівня суїцидального ризику, що обґрунтовує необхідність їх психологічного супроводу та профілактичного моніторингу.

Наступним етапом емпіричного дослідження було застосування шкали депресії А. Бека, в адаптації Н. Тарабриної. Обробка результатів здійснюється шляхом підсумовування балів за всіма пунктами опитувальника з урахуванням обраних відповідей. Отриманий інтегральний показник відображає рівень вираженості депресивної симптоматики та інтерпретується відповідно до нормативних критеріїв методики (Кокун та ін., 2019).

Результати, отримані за шкалою депресії А. Бека, представлено на рисунку 2.6 та Додатку З.

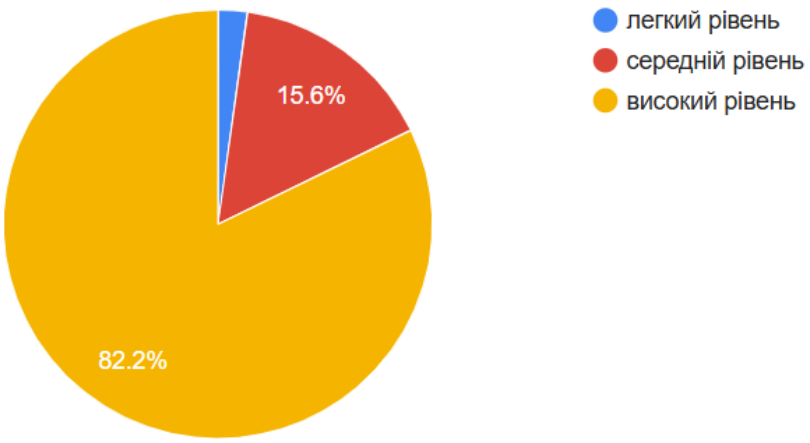


Рис.2.6. Результати опитування серед студентської молоді за шкалою Депресії А. Бека

За результатами застосування шкали депресії А. Бека було отримано дані, що потребують грунтовного аналізу. Передусім слід відзначити відсутність у вибірці респондентів із повною відсутністю депресивної симптоматики, що свідчить про загалом несприятливий психоемоційний стан досліджуваної групи. Мінімальний рівень депресії виявлено лише в одного респондента (2,2%), що не дозволяє говорити про наявність психологічного благополуччя у більшості учасників дослідження.

Середній рівень депресивної симптоматики зафіксовано у 15,6% респондентів. Для цієї групи характерною є помірна вираженість депресивних проявів, зокрема зниження настрою, зменшення інтересу до звичних видів діяльності, підвищена втомлюваність та труднощі з концентрацією уваги. Хоча зазначені прояви не досягають рівня клінічно значущих порушень, вони негативно впливають на навчальну діяльність, міжособистісну взаємодію та

суб’єктивне відчуття благополуччя. За відсутності своєчасної психологічної підтримки існує ризик подальшого поглиблення депресивного стану.

Високий рівень депресії, який розглядається як клінічно значущий, виявлено у 82,2% респондентів, тобто у переважної більшості досліджуваних. Отриманий результат свідчить про значну поширеність вираженої депресивної симптоматики серед студентської молоді. Особи з таким рівнем характеризуються стійким зниженням настрою, втратою інтересу до життя, емоційною виснаженістю, порушеннями сну та апетиту, а також наявністю негативних когнітивних установок, що ускладнюють адекватну оцінку власного стану та життєвих перспектив.

Виявлений високий рівень депресивної симптоматики істотно впливає на повсякденне функціонування студентів та виступає одним із ключових психологічних чинників підвищення ризику суїцидальної поведінки, що узгоджується із загальною проблематикою даного дослідження. Отримані результати свідчать про необхідність організації системної психологічної підтримки, а також розробки та впровадження профілактичних і корекційних програм, спрямованих на зниження рівня депресивності у студентському середовищі.

Результати емпіричного дослідження рівня безнадійності за шкалою А. Бека, в адаптації Н. В. Тарабриної узагальнено та представлено на рисунку 2.7 та Додатку К.



Рис.2.7. Результати опитування серед студентської молоді за шкалою безнадійності А. Бека

За результатами дослідження за шкалою безнадійності А. Бека отримані дані виявилися більш диференційованими порівняно з попередніми методиками, що дозволяє сформувати більш детальне уявлення про особливості переживання безнадійності у студентській вибірці.

Найбільша частка респондентів (33,3%) продемонструвала відсутність вираженої безнадійності. Це свідчить про збереження у цих осіб позитивного ставлення до власного майбутнього, здатності до цілепокладання та віри у можливість позитивних змін. Такі респонденти, як правило, сприймають життєві труднощі як тимчасові та подоланні, що виступає важливим захисним чинником щодо формування суїцидального ризику. Відповідно, дана група характеризується відносно високим рівнем психологічної стійкості.

Легкий рівень безнадійності виявлено у 26,7% досліджуваних. Для цієї групи характерні епізодичні переживання невпевненості щодо майбутнього та ситуативні прояви песимізму. Зазначені стани, як правило, виникають у контексті актуальних стресових факторів (зокрема академічного навантаження

або міжособистісних труднощів), однак не набувають стійкого характеру та не призводять до суттєвого порушення життєвого функціонування.

Помірний рівень безнадійності зафіксовано у 24,4% респондентів. Цей показник відображає більш виражені та відносно стабільні негативні очікування щодо майбутнього. Студенти з таким рівнем схильні до песимістичної інтерпретації життєвих перспектив, відчувають труднощі у постановці та реалізації цілей, а також можуть переживати відчуття безперспективності навіть у ситуаціях, що мають об’єктивні можливості вирішення. Помірна безнадійність виступає значущим психологічним маркером ризику та потребує підвищеної уваги, оскільки за несприятливих умов може прогресувати.

Важкий рівень безнадійності виявлено у 15,6% досліджуваних. Незважаючи на відносно меншу представленість, цей показник має високу діагностичну значущість у контексті дослідження суїцидального ризику. Відповідно до когнітивної концепції А. Бека, саме високий рівень безнадійності розглядається як один із найбільш надійних предикторів суїцидальної поведінки. Особи з таким рівнем переживають стійке відчуття безвихідності, переконання у марності зусиль та відсутності позитивних перспектив у майбутньому. Це суттєво обмежує їхню здатність до пошуку підтримки та конструктивного подолання кризових ситуацій, що обумовлює необхідність першочергового психологічного супроводу та корекційного втручання для цієї групи респондентів.

Завершальним етапом емпіричного дослідження було застосування методики «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера (Кокун та ін., 2019).

Отримані результати дослідження рівня реактивної та особистісної тривожності у респондентів проілюстровано на рисунках 2.8 та 2.9 та представлено в Додатку Л.

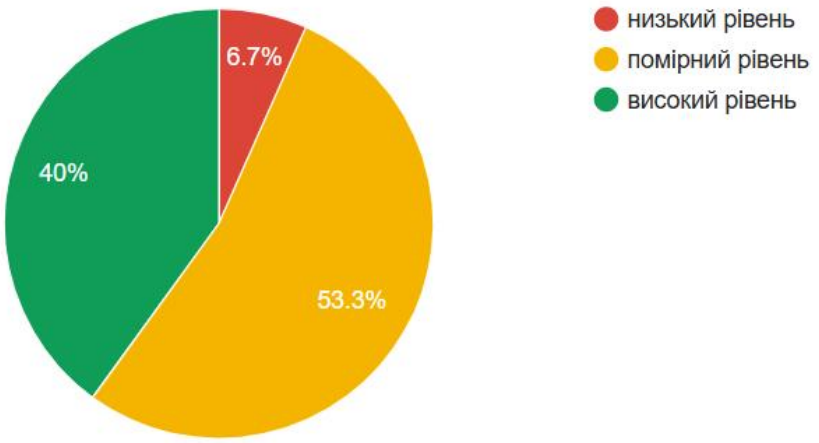


Рис.2.8. Результати опитування серед студентської молоді, «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) тривожності» Ч. Спілбергера

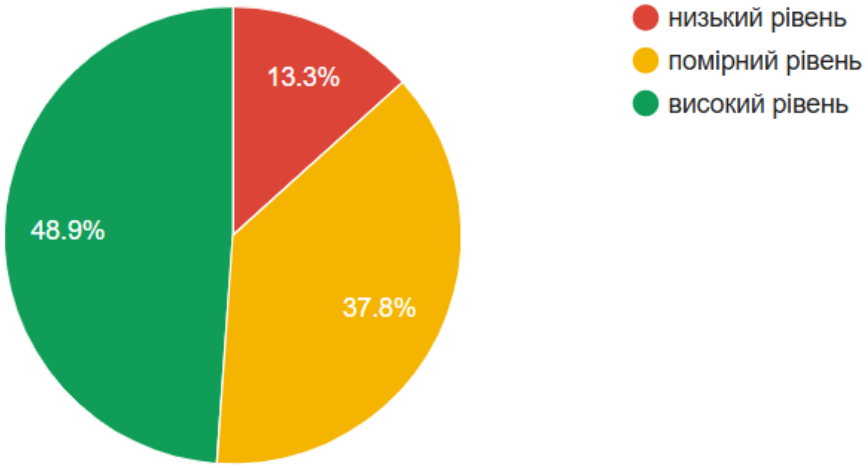


Рис.2.9. Результати опитування серед студентської молоді, «Шкала оцінки рівня особистісної тривожності» Ч. Спілбергера

За результатами дослідження за шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) тривожності Ч. Спілбергера встановлено показники, що відображають актуальний емоційний стан досліджуваних. Найбільшу частку

вибірки становлять респонденти з помірним рівнем реактивної тривожності – 53,3%. Це свідчить про те, що переважна більшість студентів перебуває у стані помірної ситуативної тривоги, зумовленої дією актуальних стресогенних факторів, зокрема академічного навантаження, ситуацій контролю та оцінювання, необхідності відповідати зовнішнім очікуванням, а також міжособистісних труднощів.

Хоча помірний рівень реактивної тривожності не є критичним, він вказує на наявність емоційної напруги, що може впливати на якість навчальної діяльності, ефективність міжособистісної взаємодії та здатність до конструктивного вирішення проблем. За умов тривалого або інтенсивного стресу такий стан має тенденцію до посилення і може трансформуватися у більш виражені форми тривожності.

Високий рівень реактивної тривожності виявлено у 40% респондентів, що є значущим показником у контексті оцінки психоемоційного стану студентської молоді. Для осіб із таким рівнем характерні виражені переживання напруженості, тривоги та занепокоєння у відповідь на стресові ситуації. Дані стани можуть супроводжуватися соматичними та вегетативними проявами (зокрема прискореним серцебиттям, відчуттям внутрішньої скутості, труднощами дихання), що суттєво ускладнює адаптивне реагування, знижує ефективність прийняття рішень та якість соціальної взаємодії. У контексті студентського середовища підвищена реактивна тривожність є особливо значущою, оскільки активізується саме в ситуаціях оцінювання та соціальної взаємодії, які мають регулярний характер.

Низький рівень реактивної тривожності зафіксовано лише у 6,7% респондентів, що свідчить про відсутність вираженої ситуативної тривоги та наявність достатнього рівня емоційної стабільності у незначної частини досліджуваних.

Результати за шкалою особистісної тривожності відображають стійкі, диспозиційні характеристики досліджуваних і дозволяють оцінити загальну

схильність вибірки до тривожного реагування. Аналіз отриманих даних свідчить про виражену тенденцію до підвищеного рівня особистісної тривожності серед студентської молоді.

Найбільшу частку вибірки (48,9%) становлять респонденти з високим рівнем особистісної тривожності. Це вказує на наявність у значної частини досліджуваних стійкої схильності сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як потенційно загрозливі та реагувати на них підвищеним рівнем тривоги незалежно від їх об’єктивної складності. Особи з таким рівнем, як правило, характеризуються підвищеною чутливістю до стресових впливів, зниженим рівнем самооцінки, схильністю до надмірної самокритичності та труднощами емоційної регуляції. У контексті студентського середовища, яке передбачає постійну участь у ситуаціях оцінювання та соціальної взаємодії, висока особистісна тривожність може набувати характеру хронічного емоційного фону, що виснажує психічні ресурси та знижує адаптаційні можливості.

Помірний рівень особистісної тривожності зафіксовано у 37,8% респондентів. Для цієї групи характерна відносна гнучкість у реагуванні на стресові ситуації та збережена здатність до саморегуляції, хоча тривожні переживання залишаються достатньо вираженими. За умов тривалого або інтенсивного стресу даний рівень може підвищуватися, що обумовлює доцільність профілактичної психологічної роботи з цією категорією досліджуваних.

Низький рівень особистісної тривожності виявлено у 13,3% респондентів, що є найменшим показником серед усіх категорій. Це підтверджує загальну тенденцію до підвищеної тривожності у вибірці та свідчить про те, що емоційна стабільність у цьому вимірі є притаманною лише незначній частині досліджуваних.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що для значної частини студентів характерна не лише ситуативна реакція тривоги на конкретні стресові обставини, але й стійка особистісна схильність до тривожного

реагування. Поєднання підвищених показників реактивної та особистісної тривожності формує несприятливий психоемоційний фон, який обмежує адаптаційні можливості особистості та її здатність ефективно долати життєві труднощі. У взаємозв'язку з виявленими високими рівнями депресивної симптоматики та безнадійності це створює комплекс взаємопов'язаних психологічних факторів, що підвищують загальний рівень уразливості та безпосередньо пов'язані з ризиком формування суїцидальної поведінки, що узгоджується з метою даного дослідження.

Завершальним етапом емпіричного дослідження стало вивчення кореляційних зв'язків між схильністю до суїцидальної поведінки, рівнем депресивної симптоматики, безнадійності, а також показниками реактивної та особистісної тривожності.

На рисунку 2.10 представлено загальну діаграму розсіювання, побудовану на основі результатів, отриманих за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська), шкалою депресії А. Бека, шкалою безнадійності А. Бека та шкалою оцінки рівня реактивної (ситуативної) й особистісної тривожності Ч. Спілбергера.

Візуальний аналіз діаграми розсіювання не виявив чітко вираженої лінійної залежності між досліджуваними змінними, що обумовило необхідність використання непараметричних методів статистичного аналізу. З огляду на це, для подальшого дослідження взаємозв'язків було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Ч. Спірмена, який дозволяє виявляти монотонні зв'язки між змінними незалежно від форми їх розподілу та є доцільним у випадках відхилення даних від нормального розподілу.

Застосування даного методу забезпечило можливість більш точної оцінки сили та напрямку зв'язків між досліджуваними психологічними показниками.

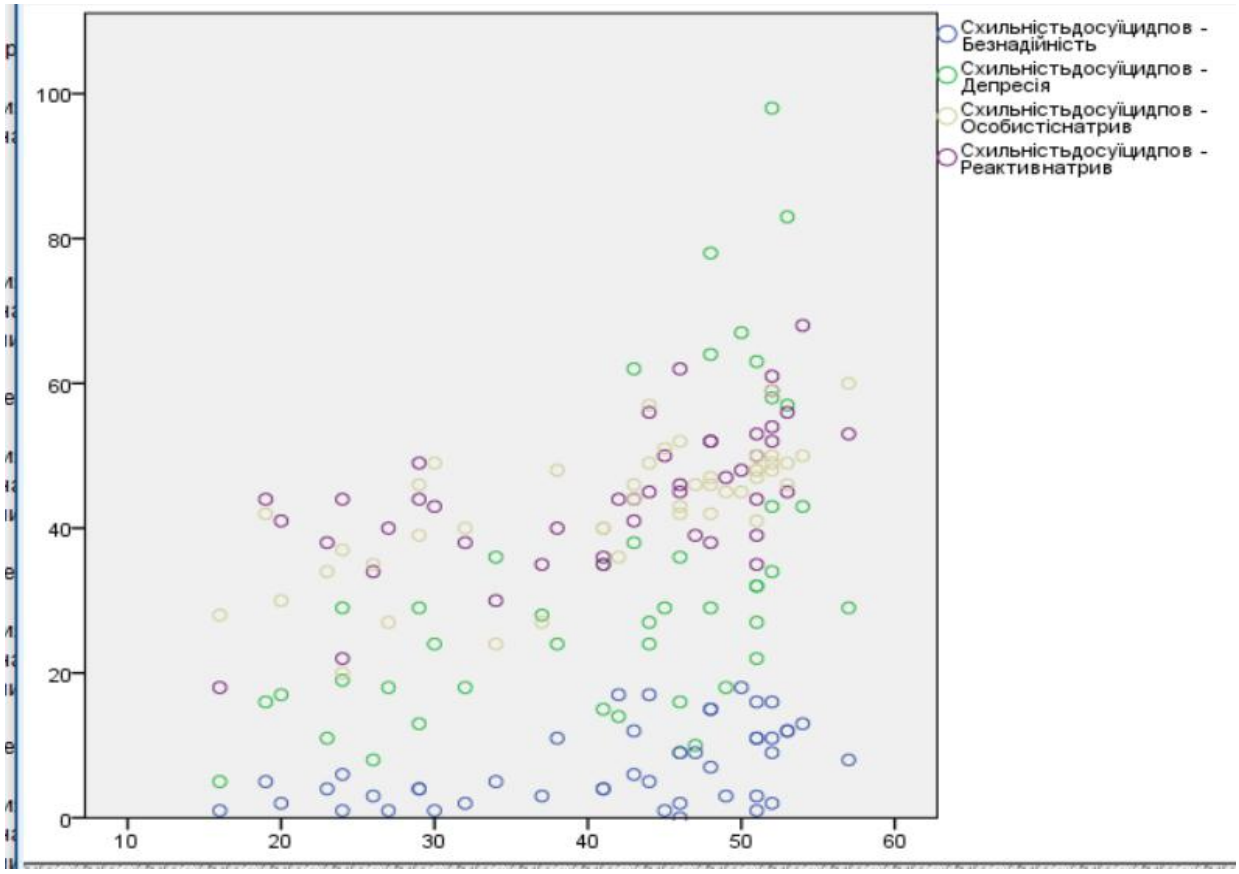


Рис.2.10. Загальна діаграма розсіювання на основі результатів вибірки

У таблиці 2.1 наведено результати кореляційного аналізу, здійсненого із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Даний аналіз було проведено з метою виявлення взаємозв’язків між показниками схильності до суїцидальної поведінки (за методикою М. Горської), рівнем депресивної симптоматики (за шкалою депресії А. Бека), рівнем безнадійності (за шкалою безнадійності А. Бека), а також показниками реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності (за методикою Ч. Спілбергера).

Кореляційний аналіз здійснювався на вибірці обсягом 45 осіб (N = 45), що забезпечило можливість виявлення статистично значущих взаємозв’язків між досліджуваними психологічними змінними.

Таблиця 2.1.

Кореляція: шкали визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська), шкали депресії А. Бека, шкали безнадійності А. Бека та шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера» на основі результатів вибірки

			Депресія	Безнадійність	Реактивна Тривож	Схильність ДоСуїцПов	Особистісна Тривож
Ро Спірмена	Депресія	Коефіцієнт кореляції	1,000	,610**	,490**	,615**	,440**
		Знч. (2-сторон)		,000	,001	,000	,002
		N	45	45	45	45	45
	Безнадійність	Коефіцієнт кореляції	,610**	1,000	,403**	,476**	,345*
		Знч. (2-сторон)	,000		,006	,001	,020
		N	45	45	45	45	45
	РеактивнаТривож	Коефіцієнт кореляції	,490**	,403**	1,000	,646**	,698**
		Знч. (2-сторон)	,001	,006		,000	,000
		N	45	45	45	45	45
	Схильність ДоСуїцПов	Коефіцієнт кореляції	,615**	,476**	,646**	1,000	,702**
		Знч. (2-сторон)	,000	,001	,000		,000
		N	45	45	45	45	45
	Особистісна Тривож	Коефіцієнт кореляції	,440**	,345*	,698**	,702**	1,000
		Знч. (2-сторон)	,002	,020	,000	,000	
		N	45	45	45	45	45

Кореляційний аналіз показав, що сукупність емоційних станів депресії, безнадійності та тривожності формує єдиний психоемоційний комплекс, тісно пов’язаний зі схильністю до суїцидальної поведінки. Усі виявлені зв’язки між

суїцидальністю та досліджуваними показниками є прямими, статистично значущими та переважно помірної або сильної сили, що вказує: зі зростанням інтенсивності негативних емоційних переживань зростає ймовірність суїцидальних думок, намірів та готовності до суїцидальних дій.

Перш за все розглянемо кореляції безпосередньо між окремими емоційними станами та схильністю до суїцидальної поведінки.

*Депресія – схильність до суїцидальної поведінки (rs = 0,615; p < 0,001)***.** Виявлено статистично значущий сильний прямий зв'язок між показниками депресії та схильністю до суїцидальної поведінки (rs = 0,615; p < 0,001). Це свідчить, що зі зростанням вираженості депресивної симптоматики підвищується рівень суїцидальних тенденцій: частіше виникають суїцидальні думки, наміри та готовність до суїцидальних дій. Отримані результати дозволяють розглядати депресію як один із провідних психологічних факторів, пов'язаних із формуванням суїцидального ризику у досліджуваних.

Безнадійність – схильність до суїцидальної поведінки (rs = 0,476; p < 0,001). Поряд із депресією важливу роль у структурі суїцидального ризику відіграє безнадійність. Встановлено статистично значущу пряму кореляцію помірної сили між безнадійністю та схильністю до суїцидальної поведінки (rs = 0,476; p < 0,001). Чим вищий рівень переживання безнадійності, відчуття безвиході й відсутності позитивних перспектив, тим більш вираженими стають суїцидальні тенденції. Такий результат узгоджується з уявленням про безнадійність як центральний когнітивний компонент суїцидального ризику, що посилює сприйняття власного життя як такого, що не має цінності чи сенсу.

Реактивна тривожність – схильність до суїцидальної поведінки (rs = 0,646; p < 0,001). Окремий блок результатів стосується тривожних проявів, зокрема реактивної тривожності як ситуативного стану. Між реактивною тривожністю та схильністю до суїцидальної поведінки виявлено сильний прямий статистично значущий зв'язок (rs = 0,646; p < 0,001). Це означає, що підвищення ситуативної, «тут-і-тепер» тривоги супроводжується зростанням ймовірності суїцидальних

переживань та імпульсів. Гострі тривожні стани, пов’язані з актуальними стресовими подіями, можуть виступати потужним суїцидогенним чинником, особливо в умовах обмежених копінг-ресурсів.

Особистісна тривожність – схильність до суїцидальної поведінки (rs = 0,702; p < 0,001). Ще більш показовими виявилися результати щодо стійких, рисових характеристик тривожності. Найтісніший зв’язок виявлено між особистісною тривожністю та схильністю до суїцидальної поведінки: кореляція є сильною, прямою та статистично значущою (rs = 0,702; p < 0,001). Хронічно підвищена тривожність як стабільна риса особистості супроводжується істотним збільшенням суїцидального ризику. Це дає підстави розглядати тривожність як рису не лише як фон для емоційного неблагополуччя, а як один із ключових маркерів потенційної суїцидальної поведінки, на який слід звертати особливу увагу у профілактичній та корекційній роботі.

Після аналізу зв’язків із суїцидальною поведінкою доцільно звернутися до внутрішньої організації самих емоційних станів, що дозволяє краще зрозуміти їх взаємопосилюючий характер.

Депресія – безнадійність (rs = 0,610; p < 0,001). У цьому контексті виявлено сильний прямий зв’язок між показниками депресії та безнадійності (rs = 0,610; p < 0,001). Чим вищий рівень депресивних проявів, тим більш вираженим є відчуття безвиході та песимістичне бачення майбутнього. Це свідчить про тісний взаємозв’язок емоційної пригніченості з когнітивним компонентом — негативними очікуваннями щодо життя.

Реактивна – особистісна тривожність (rs = 0,698; p < 0,001). Подальший аналіз структури тривожності демонструє узгодженість між її станними та рисовими компонентами. Між реактивною та особистісною тривожністю зафіксовано сильну пряму кореляцію (rs = 0,698; p < 0,001). Особи з високим рівнем тривожності як особистісної риси мають тенденцію інтенсивніше переживати тривогу й на ситуативному рівні в конкретних стресових ситуаціях. Це вказує на

цілісну, узгоджену структуру тривожності як рисової та станної характеристики емоційної сфери.

Депресія – особистісна тривожність (rs = 0,440; p < 0,001). Узгодженість емоційних станів підтверджується також взаємозв'язком депресії та тривожності. Між показниками депресії та особистісної тривожності встановлено помірний прямий статистично значущий зв'язок (rs = 0,440; p < 0,001). Це означає, що чим вищою є хронічна схильність особистості до тривожних переживань, тим більш вираженими виявляються депресивні симптоми. Така конфігурація вказує на те, що стійка тривожність як риса створює емоційний фон, на якому легше формується пригнічений настрій, втрата інтересів та інші прояви депресії.

Безнадійність – реактивна тривожність (rs = 0,403; p < 0,001). Завершуючи аналіз, варто відзначити зв'язок між когнітивним компонентом безнадійності та ситуативною тривогою. Кореляція між безнадійністю та реактивною тривожністю є помірною, прямою та статистично значущою (rs = 0,403; p < 0,001). Це свідчить, що підвищене відчуття безнадійності поєднується з більш інтенсивними ситуативними тривожними реакціями у відповідь на стресові події. Іншими словами, люди, які сприймають своє майбутнє як безперспективне, сильніше й частіше переживають тривогу в актуальних життєвих ситуаціях, що додатково поглиблює їх емоційне неблагополуччя.

Узагальнюючи наведені результати, можна стверджувати, що депресія, безнадійність і тривожність (як реактивна, так і особистісна) утворюють взаємопов'язаний депресивно-тривожний та когнітивний комплекс, який суттєво підвищує суїцидальний ризик. Особливої уваги заслуговують високі коефіцієнти зв'язку суїцидальності з особистісною та реактивною тривожністю, що вказують на провідну роль тривожності як рисової, так і ситуативної у формуванні суїцидальної поведінки.

Суттєві кореляції депресії та безнадійності з різними видами тривожності додатково підкреслюють їх взаємопосилюючий характер і єдність емоційного

(депресивно-тривожного) та когнітивного (безнадійність) компонентів внутрішнього стану особистості. Водночас, з огляду на кореляційний дизайн дослідження, виявлені зв’язки слід інтерпретувати як статистично підтверджені асоціації, що окреслюють зону підвищеного суїцидального ризику, але не дозволяють робити однозначні висновки про причинно-наслідкові залежності між досліджуваними змінними.

2.3. Психологічні рекомендації для профілактики та зниження ризику суїцидальної поведінки студентської молоді

Студентський вік становить один із найбільш сензитивних періодів становлення особистості, у якому поєднуються високі академічні вимоги, необхідність професійного самовизначення, перебудова системи соціальних зв'язків та інтенсивний процес формування ідентичності. Сукупна дія цих чинників створює підґрунтя для зростання емоційної вразливості, а за умови накопичення несприятливих обставин і для формування суїцидальних тенденцій. Саме тому розробка психологічних рекомендацій щодо профілактики та зниження ризику суїцидальної поведінки серед студентської молоді набуває не лише прикладного, а й теоретично значущого характеру, адже передбачає перехід від констатації факторів ризику до побудови системи цілеспрямованих психологічних впливів.

Запропоновані рекомендації базуються на результатах проведеного емпіричного дослідження та спираються на уявлення про багаторівневу природу суїцидального ризику, у структурі якого взаємодіють особистісні, когнітивні, емоційні та соціально-психологічні чинники. Відповідно, система профілактичних заходів має бути комплексною та охоплювати водночас індивідуальний, груповий та середовищний рівні психологічної роботи. Таке розуміння дозволяє уникнути фрагментарності втручань і забезпечити стійкість профілактичного ефекту в довгостроковій перспективі.

В основу психологічної профілактики суїцидальної поведінки доцільно покласти низку взаємопов'язаних принципів, які визначають її загальну логіку. Принцип своєчасності передбачає орієнтацію на ранню ідентифікацію ознак психологічного неблагополуччя, коли ресурси особистості ще не вичерпані, а внутрішній конфлікт не набув деструктивного оформлення. Принцип диференційованості вимагає урахування рівня суїцидального ризику, індивідуально-психологічних особливостей студента та специфіки його життєвої

ситуації, що унеможливлює використання уніфікованих шаблонів втручання. Принцип системності передбачає узгодженість зусиль психологічної служби, викладацького складу, кураторів академічних груп та найближчого соціального оточення студента. Нарешті, принцип конфіденційності та етичної відповідальності забезпечує довірливий характер взаємодії, без якого будь-яка профілактична робота втрачає результативність.

Дотримання зазначених принципів дозволяє перейти від формальних заходів до побудови цілісної моделі психологічної підтримки, у межах якої поєднуються первинний, вторинний та третинний рівні профілактики. Первинна профілактика спрямована на широке коло студентів і має на меті формування психологічної стійкості до стресогенних впливів. Вторинна профілактика адресована особам із підвищеним рівнем ризику та передбачає адресну психологічну допомогу. Третинна профілактика охоплює роботу з особами, які мали суїцидальний досвід, і зорієнтована на запобігання рецидиву та відновлення психосоціального функціонування.

На індивідуальному рівні центральним завданням є посилення внутрішніх ресурсів особистості, здатних протидіяти формуванню безнадійності та звуженню часової перспективи, які, як засвідчують результати дослідження, тісно пов'язані з суїцидальною вразливістю. Передусім доцільно розвивати навички емоційної саморегуляції, що дозволяють студентові розпізнавати, диференціювати та конструктивно опрацьовувати негативні переживання, не вдаючись до уникнення або імпульсивних дій. Формування цих навичок може відбуватися через техніки усвідомленого дихання, методи когнітивного переструктурування, вправи на розпізнавання автоматичних думок та роботу з тілесними проявами емоцій.

Паралельно з розвитком саморегуляції важливого значення набуває корекція когнітивних викривлень, характерних для осіб із підвищеним рівнем суїцидального ризику, полярного мислення, надмірного узагальнення, катастрофізації та песимістичного прогнозування. Робота з цими патернами

передбачає поступове формування більш реалістичної та гнучкої картини дійсності, у якій негативні події розглядаються як тимчасові й обмежені за сферою впливу. Важливим доповненням є цілеспрямоване розширення часової перспективи через опрацювання життєвих цілей, формулювання близьких та віддалених планів, а також усвідомлення власних цінностей як смислової опори особистості.

Окремої уваги заслуговує підтримання базових умов психологічного благополуччя, які нерідко недооцінюються, проте чинять системний вплив на емоційний стан. Йдеться про дотримання режиму сну, збалансоване чергування навчального навантаження й відпочинку, регулярну фізичну активність та обмеження факторів, що посилюють тривожність, зокрема надмірного інформаційного навантаження. Стабілізація цих щоденних практик створює тло, на якому психологічна робота з глибшими особистісними змінами стає більш ефективною.

Оскільки соціальна підтримка виступає одним із найбільш стійких протективних чинників, робота з груповим контекстом становить самостійний напрям профілактики. На рівні академічної групи доцільно формувати атмосферу психологічної безпеки, у якій прояви емоційних труднощів не стигматизуються, а звернення по допомогу сприймається як відповідальна, а не «слабка» поведінка. Досягненню цієї мети сприяють групові заняття, спрямовані на розвиток навичок конструктивної комунікації, емпатійного слухання, вирішення міжособистісних конфліктів та надання взаємної підтримки.

Особливу роль у цьому процесі відіграє тренінгова робота, побудована на засадах активного навчання. У межах таких занять студенти отримують можливість не лише засвоїти теоретичні знання про природу стресу, тривоги та депресивних станів, а й відпрацювати конкретні поведінкові стратегії в безпечному середовищі. Ефективним напрямом є формування навичок розпізнавання ознак психологічного неблагополуччя в однолітків та адекватного

реагування на них, що сприяє становленню культури взаємної відповідальності в студентському середовищі.

Водночас слід враховувати, що якість міжособистісних стосунків визначається не лише груповою динамікою, а й наявністю стабільних близьких зв'язків. Тому психологічні рекомендації мають включати роботу з подоланням соціальної ізоляції, яка є одним із найбільш тривожних індикаторів ризику. Підтримка студента в розбудові дружніх, сімейних і партнерських стосунків, а також у збереженні цих зв'язків під час академічних перевантажень, становить важливу частину профілактичних зусиль.

На інституційному рівні ключовим суб'єктом профілактики виступає психологічна служба закладу вищої освіти, ефективність якої значною мірою залежить від системності її діяльності. Насамперед доцільним є впровадження процедури регулярного психодіагностичного скринінгу, що дозволяє своєчасно виявляти студентів із підвищеним рівнем тривожності, депресивних переживань, безнадійності та суїцидальних тенденцій. Скринінг має здійснюватися з дотриманням принципів добровільності та конфіденційності, а його результати використовуватися виключно для надання підтримки, а не оцінювання особистості студента.

На основі отриманих даних формуються індивідуальні маршрути психологічного супроводу, які можуть включати консультативну роботу, участь у корекційно-розвивальних групах, а за потреби, направлення до профільних медичних фахівців. Важливою складовою є розробка та постійне вдосконалення алгоритму дій у кризових ситуаціях, який чітко визначає послідовність заходів від моменту виявлення ознак гострого ризику до забезпечення спеціалізованої допомоги. Наявність такого алгоритму знижує ймовірність організаційних помилок у найбільш відповідальні моменти роботи.

Паралельно слід приділяти увагу просвітницькій діяльності, орієнтованій на весь академічний колектив. Поширення достовірної інформації про природу суїцидальної поведінки, чинники ризику та можливості отримання допомоги

сприяє руйнуванню стигматизувальних уявлень і формуванню психологічно грамотного середовища. Окремим напрямом є підготовка викладачів і кураторів до розпізнавання ознак психологічного неблагополуччя в студентів та коректного реагування на них, що перетворює педагогічний склад на додатковий ресурс профілактичної системи.

Профілактика суїцидальної поведінки не може бути обмежена лише внутрішнім простором закладу освіти, оскільки значна частина впливів на студентську молодь формується в ширшому соціокультурному та інформаційному контексті. Особливої уваги заслуговує робота з медіаграмотністю, що передбачає формування в студентів здатності критично оцінювати інформацію, пов'язану з темами самоушкодження та суїциду, розпізнавати маніпулятивні наративи та уникати контенту, що може мати травмівний або провокувальний характер. Розвиток таких навичок є особливо важливим з огляду на широку присутність молоді в онлайн-середовищі та інтенсивність її залучення до соціальних мереж.

Не менш значущим є формування уявлень про конструктивні способи пошуку допомоги в цифровому просторі, зокрема про ресурси психологічної підтримки, лінії довіри та професійні онлайн-сервіси. Інформація про ці можливості має бути доступною, зрозумілою та регулярно актуалізованою. Водночас доцільно сприяти створенню в академічному середовищі альтернативних простору самореалізації, творчих, наукових, волонтерських, спортивних ініціатив, які виконують функцію позитивних джерел смислу та соціальної включеності.

Запропонована система психологічних рекомендацій відображає уявлення про профілактику суїцидальної поведінки студентської молоді як багаторівневий процес, у якому поєднуються робота з особистісними ресурсами, груповим контекстом, інституційним середовищем та широким інформаційним простором.

Її послідовна реалізація передбачає не одноразові заходи, а системну діяльність, інтегровану в освітній процес і підтримувану спільними зусиллями

психологічної служби, педагогічного складу та самих студентів. За такого підходу профілактика перестає бути реакцією на вже сформовану кризу й набуває характеру послідовної розбудови середовища, у якому ймовірність виникнення суїцидального ризику знижується, а здатність особистості до його конструктивного подолання послідовно зростає.

Висновки до 2 розділу

Вивчення зв'язків схильності до суїцидальної поведінки з депресією, безнадійністю та реактивною і особистісною тривожністю у студентської молоді є актуальним завданням сучасної психологічної науки, оскільки психоемоційний стан студентів безпосередньо позначається на їхньому навчанні, взаєминах із соціальним оточенням та сім'єю, а також на здатності до побудови життєвої перспективи. З огляду на загострення психологічних викликів, з якими стикається сучасна студентська молодь, дослідження структури та взаємозв'язків зазначених феноменів набуває не лише теоретичного, а й очевидного прикладного значення.

Емпіричне дослідження було здійснене на вибірці студентської молоді обсягом 45 осіб із застосуванням методики «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» М. Горської, «Шкали депресії» А. Бека, «Шкали безнадійності» А. Бека та «Шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера. Математико-статистичне опрацювання отриманих даних здійснювалося з використанням коефіцієнта рангової кореляції Ч. Спірмена.

Отримані результати засвідчили наявність статистично значущих прямих зв'язків між схильністю до суїцидальної поведінки та всіма досліджуваними психоемоційними характеристиками. Зростання рівня депресії ($rs = 0,615$; $p < 0,001$), безнадійності ($rs = 0,476$; $p < 0,001$), а також реактивної ($rs = 0,646$; $p < 0,001$) та особистісної тривожності ($rs = 0,702$; $p < 0,001$) закономірно супроводжується підвищенням схильності до суїцидальної поведінки, що дозволяє розглядати зазначені феномени як значущі психологічні кореляти суїцидального ризику в студентському середовищі. Найвищий рівень зв'язку виявлено саме з особистісною тривожністю, що свідчить про провідну роль

стійких диспозиційних характеристик особистості у формуванні підвищеної вразливості до стресогенних впливів студентського життя.

Разом із цим встановлено тісні взаємозв'язки і між самими психоемоційними характеристиками. Депресивні переживання виявилися закономірно пов'язаними з відчуттям безнадійності ($rs = 0,610$; $p < 0,001$) та особистісною тривожністю ($rs = 0,440$; $p < 0,001$), реактивна тривожність з особистісною ($rs = 0,698$; $p < 0,001$), а безнадійність із реактивною тривожністю ($rs = 0,403$; $p < 0,001$). Така узгодженість показників дає підстави стверджувати: у структурі психоемоційного реагування студентської молоді досліджувані стани виступають не ізольовано, а утворюють єдиний психоемоційний комплекс, у межах якого посилення одного компонента супроводжується зростанням інших. Саме взаємне посилення цих компонентів, а не дія окремого ізольованого чинника, формує підґрунтя для підвищення суїцидального ризику.

Отримані дані дають підстави для кількох узагальнень.

По-перше, суїцидальна схильність у студентської молоді розкривається як результат взаємного підсилення депресивних, тривожних переживань та переживання безнадійності, що підтверджує уявлення про багатокомпонентну природу суїцидального ризику.

По-друге, ключова роль особистісної тривожності вказує на необхідність зосередження профілактичних зусиль саме на роботі зі стійкими тривожними диспозиціями особистості.

По-третє, тісний зв'язок депресії з безнадійністю засвідчує, що звуження часової перспективи та песимістичне прогнозування майбутнього є тим механізмом, через який знижений настрій набуває потенційно небезпечного характеру.

Практична значущість отриманих результатів полягає в тому, що висока взаємопов'язаність досліджуваних характеристик обґрунтовує доцільність системного підходу до профілактики: цілеспрямована психологічна робота з одним із компонентів виявленого комплексу потенційно сприятиме зниженню

вираженості й інших його складових. Водночас слід враховувати, що встановлені зв'язки мають кореляційний характер і не дозволяють робити однозначних каузальних висновків щодо напряму впливу між досліджуваними феноменами. Перспективи подальших досліджень убачаються у розширенні вибірки, застосуванні лонгітюдного підходу та емпіричній перевірці ефективності конкретних програм психологічної профілактики.

Таким чином, поставлена мета роботи досягнута, сформульовані завдання реалізовані, а отримані результати підтвердили теоретично обгрунтоване припущення про наявність тісних взаємозв'язків між схильністю до суїцидальної поведінки та комплексом депресивних, тривожних переживань і переживання безнадійності у студентської молоді.

ВИСНОВКИ

Суїцидальна поведінка у сучасної студентської молоді постає як складний, багатогранний і соціально значущий психологічний феномен, глибоке вивчення якого становить необхідну передумову для розбудови науково обґрунтованої системи психологічної допомоги та профілактичних заходів. Актуальність його дослідження визначається не лише драматичним характером самого явища, а й особливостями студентського віку, у якому поєднуються інтенсивні процеси формування ідентичності, академічні перевантаження, перебудова соціальних зв'язків та загострена чутливість до стресогенних впливів.

Розуміння внутрішньої структури та психологічних корелятів суїцидальної поведінки дозволяє перейти від констатації її проявів до побудови цілеспрямованої системи ранньої діагностики, превенції та психологічного супроводу.

Здійснений теоретичний аналіз дозволив охарактеризувати суїцидальну поведінку як один із найскладніших психологічних феноменів сучасності, що охоплює широкий спектр проявів, від пасивних суїцидальних думок і фантазій про смерть, через ретельно продумані плани самогубства, до імпульсивних чи спланованих спроб та завершених суїцидів. Такий континуум проявів свідчить про те, що суїцидальна поведінка не є одномоментним актом, а становить динамічний процес поступового формування аутоагресивних тенденцій, у межах якого можливе своєчасне психологічне втручання на кожному з його етапів.

У сучасній психології суїцидальна поведінка розглядається як структурований процес, у якому взаємодіють когнітивний, емоційний, мотиваційний та поведінковий компоненти. Когнітивна складова виявляється у суїцидальних думках, переконаннях про безвихідь, катастрофізації майбутнього та ригідності мислення; емоційна у переживанні відчаю, тривоги, депресивного афекту та емоційної спустошеності; мотиваційна у прагненні уникнути

психологічного болю та зниженні інстинкту самозбереження; поведінкова у суїцидальних висловлюваннях, підготовчих діях, самопошкодженнях і суїцидальних спробах. Виокремлення цих компонентів дає підстави диференціювати рівні суїцидального ризику та визначати адекватні точки психологічного втручання.

Систематизація наукових підходів дозволила виокремити кілька груп психологічних корелятів суїцидальної поведінки. До емоційно-афективних належать депресивні прояви, підвищена тривожність та емоційна нестабільність, що супроводжуються переживанням безнадійності й зниженням життєвого тонусу. Когнітивні кореляти охоплюють негативну когнітивну тріаду за А. Беком, деструктивні переконання щодо власної некомпетентності, сприйняту обтяжливість для інших та феномен когнітивного звуження. Серед особистісних чинників провідне значення мають нейротизм, занижена самооцінка, перфекціонізм, імпульсивність і труднощі саморегуляції.

Соціально-психологічні кореляти пов'язані з дефіцитом соціальної підтримки, переживанням самотності, міжособистісними конфліктами та досвідом соціального відторгнення. Стресові й копінг-кореляти відображають вплив хронічного стресу, неадаптивних стратегій подолання та зниженої резильєнтності, тоді як поведінкові, зловживання психоактивними речовинами, несуїцидальну аутоагресію, порушення сну та харчової поведінки.

Проведений аналіз дозволив констатувати, що серед усього спектру зазначених чинників саме депресія та тривожність послідовно виступають центральними предикторами суїцидального ризику, що й обґрунтувало логіку емпіричної частини дослідження.

Емпіричне дослідження було здійснене на вибірці студентської молоді обсягом 45 осіб із застосуванням методики «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» М. Горської, «Шкали депресії» А. Бека, «Шкали безнадійності» А. Бека та «Шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності» Ч. Спілбергера, а статистичне опрацювання здійснювалося з

використанням коефіцієнта рангової кореляції Ч. Спірмена. Отримані результати засвідчили наявність статистично значущих прямих зв'язків між схильністю до суїцидальної поведінки та всіма досліджуваними психоемоційними характеристиками: зростання рівня депресії, безнадійності, реактивної та особистісної тривожності закономірно супроводжується підвищенням суїцидальної схильності. Найбільш тісний зв'язок із суїцидальним ризиком виявлено у показника особистісної тривожності, що дає підстави розглядати стійкі тривожні диспозиції як провідний психологічний предиктор у досліджуваній групі.

Водночас досліджувані психоемоційні характеристики виявилися тісно пов'язаними між собою: депресивні переживання супроводжуються зростанням безнадійності та особистісної тривожності, а реактивна тривожність тісно кореспондує з особистісною. На підставі всієї сукупності зафіксованих зв'язків можна констатувати, що у структурі психоемоційного реагування студентської молоді депресія, безнадійність і тривожність функціонують не як незалежні феномени, а як єдиний психоемоційний комплекс із власною внутрішньою динамікою, у межах якого актуалізація одного стану закономірно зумовлює зростання вираженості інших. Саме ця інтегративна природа виявленого комплексу, а не дія будь-якого з його компонентів окремо, формує глибинне підґрунтя для підвищення суїцидального ризику в студентському середовищі.

Окремої уваги заслуговує характеристика складу вибірки, у якій переважну частину становили респонденти жіночої статі. Зіставлення показників за статевою ознакою засвідчило, що виявлені тенденції проявляються більш виразно саме у підвибірці дівчат: рівні депресивних переживань, безнадійності, реактивної та особистісної тривожності, а також схильності до суїцидальної поведінки в цій частині вибірки були помітно вищими порівняно з підвибіркою юнаків.

Отримані дані узгоджуються з наявними у науковій літературі уявленнями про більшу емоційну реактивність та схильність до інтерналізації

психоемоційних труднощів у жіночої частини студентства. Водночас через обмежену чисельність чоловічої підвибірки отримані відмінності слід інтерпретувати з належною обережністю, розглядаючи їх як тенденцію, що потребує підтвердження на розширеному емпіричному матеріалі.

Узагальнення теоретичних і емпіричних результатів дозволяє сформулювати низку висновків прикладного характеру. По-перше, профілактика суїцидальної поведінки у студентському середовищі має будуватися на засадах системного підходу, який враховує взаємопов'язаність депресивних, тривожних переживань та переживання безнадійності й передбачає одночасний вплив на всі компоненти виявленого психоемоційного комплексу. По-друге, провідна роль особистісної тривожності обгрунтовує доцільність зосередження профілактичних зусиль на роботі зі стійкими тривожними диспозиціями, формуванні навичок емоційної саморегуляції та розширенні часової перспективи особистості. По-третє, виявлена більша вираженість психоемоційних показників у жіночій підвибірці актуалізує питання гендерно чутливого підходу до побудови психопрофілактичних програм у закладах вищої освіти.

Водночас слід враховувати обмеження проведеного дослідження: кореляційний характер встановлених зв'язків не дозволяє робити однозначних каузальних висновків щодо напряму впливу між досліджуваними феноменами, а обсяг і структура вибірки зумовлюють певну обережність в узагальненнях. Перспективи подальших досліджень убачаються у розширенні вибірки із забезпеченням більш збалансованого гендерного складу, залученні студентів різних курсів і спеціальностей, застосуванні лонгітюдного підходу, а також у емпіричній перевірці ефективності конкретних програм психологічної профілактики, розроблених з урахуванням виявлених закономірностей.

У цілому проведене дослідження дозволило об'єднати теоретичний аналіз проблеми суїцидальної поведінки з емпіричною перевіркою ключового теоретичного припущення й наблизитися до розуміння внутрішньої структури суїцидального ризику у студентської молоді. Поставлену мету роботи досягнуто,

а всі дослідницькі завдання послідовно реалізовано як у теоретичному, так і в емпіричному вимірах.

Наукова новизна роботи полягає в уточненні уявлень про взаємодію ключових психоемоційних корелятів суїцидального ризику в умовах сучасного українського студентського середовища, а також в обґрунтуванні доцільності розглядати депресію, безнадійність і тривожність як єдиний психоемоційний комплекс, а не набір незалежних чинників.

Практичне значення одержаних результатів виявляється у можливості їхнього використання психологічними службами закладів вищої освіти для удосконалення діагностичних процедур, побудови адресних програм психологічного супроводу та розв'язання ширшого завдання збереження психологічного здоров'я та життя молодої людини на одному з найвідповідальніших етапів її становлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаркова, А. І. (2017). Кризи навчання у ВНЗ як чинник схильності до суїцидальної поведінки серед студентської молоді. Психологічні перспективи, 30, 8–18.
2. Бокій, Л. М. (2020). Чинники тривожності студентської молоді. (Кваліфікаційна робота). Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка.
3. Вашека, Т. В. (2006). Психологічні чинники суїцидальних ідеацій та профілактика самогубств у підлітковому віці. (Дис. канд. психол. наук). Київ.
4. Глотова, А. М. (2025). Особливості депресивних станів студентів під час воєнного стану. (Дипломна робота). Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка.
5. Дембіцький, С. С. (2018). Рівень психологічного дистресу як показник адаптованості внутрішньо переміщених осіб. У В. Ворона & М. Шульга (Ред.), Українське суспільство: моніторинг соціальних змін (с. 372–378). Київ: Інститут соціології НАН України.
6. Дячок, О. В. (2017). Психологічні особливості переживання самотності підлітками в умовах освітньої соціалізації. (Дис. канд. психол. наук). Київ.
7. Єзерська, А. О. (2024). Психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих: гендерний аспект. (Магістерська робота). Луцьк: Волинський національний університет імені Лесі Українки.
8. Журавель, А. О., & Белякова, С. М. (2017). Соціально-психологічні особливості суїцидальних намірів у студентів. Молодий вчений, 5(45), 206–210.
9. Кісарчук, З. Г., & Омельченко, Я. М. (2008). Психологія сімейної взаємодії та роль сімейного стресу в розвитку психічних розладів у молоді. Збірник

наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 89–110.

10. Ковальчук, Т., & Гостева, К. (2015). Профілактика суїцидальної поведінки старшокласників сільських шкіл. Науковий вісник, 2, 55–60.
11. Костюк, Г. С. (1989). Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. Київ: Радянська школа.
12. Кочарян, О. С. (2011). Психологія суїциду: навчальний посібник. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна.
13. Кришталь, А. О. (2024). Суїцидологія: курс лекцій. Харків: НУЦЗУ.
14. Лєбедев, Д. В. (2007). Психологія суїцидальної поведінки: навчальний посібник. Харків: НУЦЗУ.
15. Лушин, П. В., & Сухенко, Я. В. (2023). Батьківсько-дитячі взаємини як чинник формування резильєнтності підлітків: емпіричні виміри. Часопис психологічних досліджень, 161–180.
16. Матковська, Т. (2022). Суїцидальна поведінка у підлітків з депресивними розладами. Охорона здоров'я дітей та підлітків, 2, 28–40.
17. Олейчик, І. В., & Панько, В. В. (2013). Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в юнацтві. Журнал психіатрії та наркології, 4, 15–20.
18. Перепелюк, Т. Д., & Вовк, О. В. (2023). Психічне здоров'я студентів київських ЗВО в контексті воєнних умов. VoxUkraine. Режим доступу: https://voxukraine.org
19. Рибалка В.В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді: Методичні рекомендації. - К.: ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна», ПП Щербатих О.В. 2007. - 68 с.
20. Розанов В.А., Моховиков А.М., Стиліха Р. Попередження самогубств у молоді: Сімейний посібник. - Одеса: Громад. організація «Екологічне здоров'я людини». - 2003. - 16 с.

21. Сайко, В. Д. (2019). Суїцидальна поведінка в студентському віці: причини, характеристика, методи реабілітації. Київ: Інститут психології.
22. Сердюк, О. О., & Бурлака, В. В. (2024). Суїцидальна поведінка української молоді: результати моніторингу ULS+. Харків: ХНУВС.
23. Скрипник, С. (2022). Суїцидальна поведінка як реакція на хронічний стрес: роль сімейного фактору та соціальної ізоляції. Наукові записки НаУКМА. Психологія та педагогіка, 5, 25–30.
24. Силяхіна В.І. Система роботи з профілактики суїциду (методичні рекомендації). – Кривий Ріг: ЗОШ №4, 2005. – 34 с. - рукопис.
25. Попова О. Б., Фесун С. Є. Підлітковий суїцид. Види профілактики. К.: Редакція загальнопедагогічних газет, 2014. 104 с.
26. Коваль О. М. Вплив сімейних відносин на розвиток суїцидальності у підлітків / О. М. Коваль, І. М. Щербакова. - С. 106-108 // Актуальні проблеми практичної психології: зб. наук. праць / М-во освіти і науки України, Херсон. держ. ун-т. Ін-т психологіїї, історії та соціол. ; редкол.: О. Є. Блинова (відп. ред.) та ін. - Херсон : Вишемирський В. С., 2006. - 351 с.
27. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2), 343–352.
28. Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. The Journal of Nervous and Mental Disease, 181(3), 145–147.
29. Shneidman, E. S. (1996). The suicidal mind. Oxford University Press.
30. Joiner, T. E. (2005). Why people die by suicide. Harvard University Press.
31. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. Psychological Review, 117(2), 575–600.
32. Durkheim, É. (1951). Suicide: A study in sociology (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.; G. Simpson, Ed.). Free Press. (Original work published 1897)

33. Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. Psychological Review, 97(1), 90–113.
34. Панок, В. Г. (2017). Мережева самотність і суїцидальні тенденції підлітків. У В.Г. Панок (Ред.), Небезпечні квести для дітей: профілактика залучення: Методичні рекомендації (с. 9–23).
35. Максименко, С. Д., Кокун, О. М., Панок, В. Г., Малхазов, О. Р., Завадська, Т. В., Ларіна, Т. О., & Корнієнко, С. О. (2022). Українське лонгітюдне дослідження (ULS): Методичні рекомендації з використання психодіагностичних інструментів третьої хвилі дослідження. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України.
36. Яценко, Т. С., Іваненко, Б. Б., Аврамченко, С. М., Євтушенко, І. В., Сергієнко, І. М., Калашник, І. В., & Богдан, Т. В. (2008). Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції: Підготовка психолога-практика: навчальний посібник (За ред. Т. С. Яценко). Вища школа.
37. Кришталь, А. О. (2024). Суїцидологія: курс лекцій для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». ЧІПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України.
38. Дембіцький, С. С. (2018). Особливості вимірювання особистісного та соціального благополуччя в Європейському соціальному дослідженні. Український соціум, 4(67), 19–34.
39. Федотова, З. В. (2024). Стани психічної дезадаптації у студентів молодших курсів медичного університету в умовах пандемії COVID-19: діагностика, психокорекція, психопрофілактика [Дисертація, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця].
40. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist, 55(5), 469–480.
41. Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis. W. W. Norton.

ДОДАТКИ

Додаток А

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (М. Горська)

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

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нещастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.

18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.
23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.
24. Я легко зближуюся з людьми.
25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
26. Інколи у мене буває пригнічений настрій.
27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
29. Мене легко переконати.
30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.
32. Нерідко я виявляю упертість.
33. Мене хвилює стан мого здоров'я.
34. У скрутні хвилини я іноді поводжуся, як дитина.
35. У мене різка жестикуляція.
36. Я неохоче йду на ризик.
37. Я важко витримую очікування чогось.
38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.
39. Я – мстивий.
40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів

І. Шкала тривожності – визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

0–7 балів – низький рівень тривожності;
8–11 балів – середній рівень тривожності;
12–16 балів – високий рівень тривожності;
17 балів і більше – дуже високий рівень тривожності.

II. Шкала фрустрації – виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети:
0–7 балів – низький рівень фрустрації;
8–9 балів – середній рівень фрустрації;
10–15 балів – високий рівень фрустрації;
16 балів і більше – дуже високий рівень фрустрації.
III. Шкала агресії – виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0:
0–10 балів – низький рівень агресивності;
11–12 балів – середній рівень агресивності;
13–16 балів – високий рівень агресивності;
17 і більше – дуже високий рівень агресивності.
IV. Шкала ригідності–ускладнення у зміні визначеної суб'єктом діяльності за умов, що така перебудова справді потрібна. Для осіб із суїцидальною поведінкою – 13 балів і вище:
0–10 балів – низький рівень ригідності;
11–12 балів – середній рівень ригідності;
13–16 балів – високий рівень ригідності;
17 балів і більше – дуже високий рівень ригідності.
Психолог додає всі бали за 4 шкалами і визначає показник схильності до суїцидальної поведінки:
0–38 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;39–45 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка;
46 балів і більше – рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

Додаток Б

Шкала Депресії А. Бека

Мета – дозволяє виявити наявність депресії та ступінь важкості депресивних розладів.

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)

_____

Дата обстеження _____Вік _____ Стать _____

Інструкція: “Прочитайте кожне твердження, розміщене навпроти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас”.

№з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.

б) Мені погано.

в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити.

г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.

2. а) Майбутнє не лякає мене.

б) Я боюся майбутнього.

в) Мене ніщо не радує.

г) Моє майбутнє безпросвітне.

3. а) В житті мені переважно щастило.

б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.

в) Я нічого не добився в житті.

г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.

4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.

б) Як правило, я скучаю.

в) Що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.

г) Мене не задовольняє абсолютно все.

5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.

б) Може я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.

в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.

г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) Я задоволений собою.

б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.

в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.

г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання.

б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.

в) Я знаю, що заслуговую покарання.

г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.

б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.

в) Я не люблю себе.

г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший за інших.

б) Деколи я припускаюся помилки.

в) Просто жахливо, як мені не щастить.

г) Я сію навколо себе одні нещастя.

10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.

б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.

в) Було краще б зовсім нежити.

г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11. а) У мене немає причин плакати.

б) Бува, що я і поплачу.

в) Я тепер постійно плачу, так, що не можу виплакатися.

г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.

12. а) Я спокійний.

б) Я легко дратуюсь.

в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.

г) Тепер мені все байдуже: те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.

13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.

б) Іноді я відкладаю рішення на потім.

в) Приймати рішення для мене проблематично.

г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.

14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.

б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.

в) Справи йдуть дедалі гірше, − я виглядаю погано.

г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15. а) Здійснити вчинок – для мене не проблема.

б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.

в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.

г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.

16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.

б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.

в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.

г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, вцілому я сплю не більше п’яти годин на добу.

17.а) У мене збереглася колишня працездатність.

б) Я швидко втомлююся.

в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.

г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.

18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.

б) У мене пропав апетит.

в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.

г) У мене взагалі немає апетиту.

19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.

б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.

в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.

г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, не хвилює ніщо стороннє.

20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.

б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.

в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.

г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.

21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров’я так само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Із здоров’ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується:

“а” − 0 балів,

“б” – 1 бал,

“в” – 3 бали,

“г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії:

0-4 бали – депресія відсутня;

5-7 бали – легкий ступінь депресії;

8-15 бали – середній ступінь депресії;

16 і більше балів – високий рівень депресії.

Додаток В

Шкала Безнадійності А.Т. Бека

Мета – вираженість негативного ставлення по відношенню до суб'єктивного майбутнього.

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)

_____

Дата обстеження _____Вік _____ Стать _____

Інструкція: "Нижче наводиться 20 тверджень про Ваше майбутнє. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження та оберіть одне, вірне, яке найбільш точно відображає Ваші почуття в даний момент. Обведіть колом слово ВІРНО, якщо Ви згодні з твердженням, або слово НЕВІРНО, якщо не згодні. Серед тверджень немає правильних або неправильних. Будь ласка, зробіть свій вибір (обведіть ВІРНО або НЕВІРНО) для всіх тверджень. Не витрачайте занадто багато часу на одне твердження.

№з/п	Варіанти відповідей		Твердження
01	Вірно	Невірно	Я чекаю майбутнього з надією та ентузіазмом
02	Вірно	Невірно	Мені пора здатися, оскільки я нічого не можу змінити на краще
03	Вірно	Невірно	Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди
04	Вірно	Невірно	Я не можу уявити, на що буде схоже моє життя через 10 років
05	Вірно	Невірно	У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися

06	Вірно	Невірно	У майбутньому, я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається
07	Вірно	Невірно	Майбутнє уявляється мені в пітьмі
08	Вірно	Невірно	Я сподіваюся отримати в житті більше доброго, хорошого, ніж пересічна людина
09	Вірно	Невірно	У мене немає ніяких просвітів і немає причин вірити, що вони з'являться в майбутньому
10	Вірно	Невірно	Мій минулий досвід добре підготував мене до майбутнього
11	Вірно	Невірно	Все, що я бачу попереду – швидше неприємності, ніж радості
12	Вірно	Невірно	Я не сподіваюся досягти того чого дійсно хочу
13	Вірно	Невірно	Коли я заглядаю в майбутнє, я сподіваюся бути щасливішим, ніж я є зараз
14	Вірно	Невірно	Справи йдуть не так, як мені хочеться
15	Вірно	Невірно	Я дуже вірю в своє майбутнє
16	Вірно	Невірно	Я ніколи не досягаю того, що хочу, тому безглуздо чогось хотіти
17	Вірно	Невірно	Досить малоймовірно, що я отримаю реальне задоволення в майбутньому
18	Вірно	Невірно	Моє майбутнє здається мені дуже туманним і невизначеним
19	Вірно	Невірно	У майбутньому мене чекає більше хороших днів, ніж поганих
20	Вірно	Невірно	Марно намагатися отримати те, що я хочу, оскільки, ймовірно, я не доб'юся цього

Додаток Д

Методика “Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера ”

Мета – самооцінка рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини).
Розроблена Ч.Д. Спілбергером
Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)
_____
Дата обстеження _____Вік _____ Стать _____

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

№з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4

8	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9	Я не задоволений собою	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей тут немає”.

№з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я зазвичай швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4

25	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Зазвичай я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я сприймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Зазвичай я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4

40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи й турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показник реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

1. РТ = Σ1 – Σ2 + 50,

де Σ1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

2. ОТ = Σ1 – Σ2 + 35,

де Σ1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ2 – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовні оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Додаток Ж

Результати опитування серед студентської молоді за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)

Респондент	Визначення схильності до суїцидальної соведінки
1	19 – низький рівень
2	43 – рівень схильності потребує уваги
3	51 – потрібна корекційна робота
4	49 – потрібна корекційна робота
5	51 – потрібна корекційна робота
6	26 – низький рівень
7	44 – рівень схильності потребує уваги
8	52 – потрібна корекційна робота
9	37 – низький рівень
10	32 – низький рівень
11	44 – рівень схильності потребує уваги
12	29 – низький рівень
13	27 – низький рівень
14	23 – низький рівень
15	20 – низький рівень
16	46 – потрібна корекційна робота
17	48 – потрібна корекційна робота
18	52 – потрібна корекційна робота
19	51 – потрібна корекційна робота
20	45 – рівень схильності потребує уваги
21	24 – низький рівень
22	46 – потрібна корекційна робота
23	38 – низький рівень
24	24 – низький рівень
25	53 – потрібна корекційна робота
26	47 – потрібна корекційна робота

27	51 – потрібна корекційна робота
28	57 – потрібна корекційна робота
29	48 – потрібна корекційна робота
30	53 – потрібна корекційна робота
31	46 – потрібна корекційна робота
32	30 – низький рівень
33	29 – низький рівень
34	34 – низький рівень
35	41 – рівень схильності потребує уваги
36	50 – потрібна корекційна робота
37	41 – рівень схильності потребує уваги
38	43 – рівень схильності потребує уваги
39	48 – потрібна корекційна робота
40	52 – потрібна корекційна робота
41	51 – потрібна корекційна робота
42	52 – потрібна корекційна робота
43	16 – низький рівень
44	51 – потрібна корекційна робота
45	42 – рівень схильності потребує уваги

Додаток З

Результати опитування серед студентської молоді за Шкалою депресії Бека

Респондент	Шкала Депресії Бека
1	16 – високий рівень
2	38 – високий рівень
3	43 – високий рівень
4	18 – високий рівень
5	32 – високий рівень
6	8 – середній рівень
7	27 – високий рівень
8	34 – високий рівень
9	28 – високий рівень
10	18 – високий рівень
11	24 – високий рівень
12	29 – високий рівень
13	18 – високий рівень
14	11 – середній рівень
15	17 – високий рівень
16	36 – високий рівень
17	29 – високий рівень
18	43 – високий рівень
19	22 – високий рівень
20	29 – високий рівень
21	19 – високий рівень
22	9 – середній рівень
23	24 – високий рівень
24	29 – високий рівень
25	57 – високий рівень
26	10 – середній рівень
27	32 – високий рівень

28	29 – високий рівень
29	78 – високий рівень
30	83 – високий рівень
31	16 – високий рівень
32	24 – високий рівень
33	13 – середній рівень
34	36 – високий рівень
35	35 – високий рівень
36	67 – високий рівень
37	15 – середній рівень
38	62 – високий рівень
39	64 – високий рівень
40	98 – високий рівень
41	27 – високий рівень
42	58 – високий рівень
43	5 – легкий рівень
44	63 – високий рівень
45	14 – середній рівень

Додаток К

Результати опитування серед студентської молоді за Шкалою безнадійності Бека

Респондент	Шкала Безнадійності Бека
1	5 – легкий рівень
2	6 – легкий рівень
3	13 – помірний рівень
4	3 – безнадійність відсутня
5	11 – помірний рівень
6	3 – безнадійність відсутня
7	17 – важкий рівень
8	9 – помірний рівень
9	3 – безнадійність відсутня
10	2 – безнадійність відсутня
11	5 – легкий рівень
12	4 – легкий рівень
13	1 – безнадійність відсутня
14	4 – легкий рівень
15	2 – безнадійність відсутня
16	9 – помірний рівень
17	7 – легкий рівень
18	11- помірний рівень
19	1 – безнадійність відсутня
20	1 – безнадійність відсутня
21	1 – безнадійність відсутня
22	0 – безнадійність відсутня
23	11 – помірний рівень
24	6 – легкий рівень
25	12 – помірний рівень
26	9 – помірний рівень

27	11 – помірний рівень
28	8 – легкий рівень
29	15 – важкий рівень
30	12 – помірний рівень
31	2 – безнадійність відсутня
32	1 – безнадійність відсутня
33	4 – легкий рівень
34	5 – легкий рівень
35	4 – легкий рівень
36	18 – важкий рівень
37	4 – легкий рівень
38	12 – помірний рівень
39	15 – важкий рівень
40	16 – важкий рівень
41	3 – безнадійність відсутня
42	2 – безнадійність відсутня
43	1 – безнадійність відсутня
44	16 – важкий рівень
45	17 – важкий рівень

Додаток Л

Результати опитування серед студентської молоді за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера

№	Реактивна тривожність	Особистісна тривожність
1	44 – помірний рівень	42 – помірний рівень
2	44 – помірний рівень	44 – помірний рівень
3	68 – високий рівень	50 – високий рівень
4	47 – високий рівень	45 – помірний рівень
5	39 – помірний рівень	50 – високий рівень
6	34 – помірний рівень	35 – помірний рівень
7	56 – високий рівень	57 – високий рівень
8	52 – високий рівень	59 – високий рівень
9	35 – помірний рівень	27 – низький рівень
10	38 – помірний рівень	40 – помірний рівень
11	45 – помірний рівень	49 – високий рівень
12	49 – високий рівень	46 – високий рівень
13	40 – помірний рівень	27 – низький рівень
14	38 – помірний рівень	34 – помірний рівень
15	41 – помірний рівень	30 – низький рівень
16	62 – високий рівень	52 – високий рівень
17	52 – високий рівень	46 – високий рівень
18	61 – високий рівень	49 – високий рівень
19	35 – помірний рівень	48 – високий рівень
20	50 – високий рівень	51 – високий рівень
21	44 – помірний рівень	37 – помірний рівень
22	45 – помірний рівень	42 – помірний рівень
23	40 – помірний рівень	48 – високий рівень
24	22 – низький рівень	20 – низький рівень
25	45 – помірний рівень	46 – високий рівень
26	39 – помірний рівень	46 – високий рівень

27	50 – високий рівень	48 – високий рівень
28	53 – високий рівень	60 – високий рівень
29	52 – високий рівень	47 – високий рівень
30	56 – високий рівень	49 – високий рівень
31	46 – високий рівень	43 – помірний рівень
32	43 – помірний рівень	39 – помірний рівень
33	44 – помірний рівень	39 – помірний рівень
34	30 – низький рівень	24 – низький рівень
35	35 – помірний рівень	40 – помірний рівень
36	48 – високий рівень	45 – помірний рівень
37	36 – помірний рівень	40 – помірний рівень
38	41 – помірний рівень	46 – високий рівень
39	38 – помірний рівень	42 – помірний рівень
40	54 – високий рівень	50 – високий рівень
41	44 – помірний рівень	47 – високий рівень
42	59 – високий рівень	48 – високий рівень
43	18 – низький рівень	28 – низький рівень
44	53 – високий рівень	41 – помірний рівень
45	44 – помірний рівень	36 – помірний рівень