

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА
АКАДЕМІЯ»**

Центр заочного та дистанційного навчання

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота – магістерський
дослідницький проєкт
з Клінічної психології**

053 «Психологія»

на тему:

**«ВПЛИВ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ НА ФОРМУВАННЯ
СУЇДИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ»**

Виконала: здобувач 2 курсу, групи
Ц2мКлП1-24

галузь знань: 05 «Соціальні та
поведінкові науки»

спеціальність 053 «Психологія»

Удоденко Ярослава Володимирівна

Керівник: к. п. н., доцент

Рєпнова Т. П.

Рецензент: к. мед. н.

доц. Т.Ю.Кравченко

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Центр заочного та дистанційного навчання

Кафедра психології

Рівень вищої освіти магістерський

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

д.юрид.н, проф. О.М. Цільмак

«___» _____ 20__ року

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

(магістерський дослідницький проект)

Удоденко Ярослави Володимирівни

1. Тема роботи «Вплив травматичних подій на формування суїцидальної поведінки»

Керівник роботи Рєпнова Тетяна Петрівна

затверджений наказом НУ «ОЮА» від «___» _____ 20__ року № ___

2. Строк подання здобувачем роботи _____

3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів бакалаврської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.	IX 2025	
2	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	IX 2025	
3	Написання вступу	IX 2025	
4	Написання 1 розділу К.Р.	IX-X 2025	
5	Написання 2 розділу К.Р.	X 2025	
6	Написання Висновків	X-XI 2025	
7	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	XI 2025	
8	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	XI 2025	
9	Захист К.Р. в ЕК	XII 2025	

Здобувач Удоденко Я.В (підпис) _____

Керівник роботи Рєпнова Т.П (підпис) _____

АНОТАЦІЯ

Удошенко Ярослава Володимирівна. *Вплив травматичних подій на формування суїцидальної поведінки.*

Кваліфікаційна робота магістра за спеціальністю 053 психологія. Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2025 рік.

Магістерська робота присвячена комплексному дослідженню психологічних чинників суїцидальної поведінки у молоді віком 14–25 років та дорослих 30–55 років із досвідом перебування у зоні бойових дій. У роботі обґрунтовано емпірично-методологічні засади вивчення аутоагресивних тенденцій, окреслено сучасні підходи до розуміння посттравматичного стресу, суїцидальної ідеації та особливостей емоційної регуляції в умовах воєнного стану.

Мета дослідження полягала у визначенні взаємозв'язків між посттравматичними симптомами, рівнем суїцидального мислення та емоційними станами депресії, тривоги і стресу, а також у розробленні диференційованих психокорекційних рекомендацій для різних вікових груп.

У дослідженні взяли участь 50 осіб, розподілених на дві групи: молодь віком 14–25 років ($n = 25$) та дорослі 30–55 років із воєнним досвідом ($n = 25$). До вибірки увійшли чоловіки й жінки у пропорції 60 % та 40 % відповідно. Учасники дорослої групи мали симптоми посттравматичного стресового розладу, пережиті бойові дії та пов'язані з ними психоемоційні порушення.

Для оцінки психічного стану та характеристики аутоагресивних тенденцій застосовано три валідизовані психодіагностичні інструменти: IES-R – для вимірювання інтенсивності посттравматичних симптомів; BSSI – для визначення рівня суїцидального мислення; DASS-21 – для оцінки депресії, тривоги та стресу.

Результати дослідження показали суттєві відмінності між віковими групами. У молоді виявлено помірний рівень депресивних симптомів ($M = 10.87$), низький рівень суїцидальної ідеації ($M = 4.91$) та помірні показники стресу. У дорослих із воєнним досвідом зафіксовано високі значення посттравматичних симптомів (IES-R: $M = 40.41$), значно вищий рівень суїцидального мислення ($M = 13.01$), а також підвищені показники депресії, тривоги й стресу. Кореляційний аналіз продемонстрував відмінні механізми формування суїцидальних тенденцій: у молоді суїцидальна ідеація була пов'язана переважно з депресивним фоном ($r = 0.30$), тоді як у дорослих – зі стресом ($r = 0.32$), тривогою ($r = 0.28$) та інтрузивними симптомами ($r = 0.30$).

На основі отриманих даних розроблено комплекс практичних рекомендацій, спрямованих на зниження суїцидального ризику у представників обох груп. Для молоді акцент зроблено на розвитку адаптивних копінг-стратегій, емоційної саморегуляції, навичок когнітивної реструктуризації та формуванні стійких ресурсних станів. Для дорослих із воєнним досвідом рекомендовано використовувати травма-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію, методи стабілізації, роботу з інтрузивними спогадами, кризові інтервенції, план безпеки та підсилення соціальної підтримки. Обидві програми передбачають індивідуальну та групову роботу, психоедукацію та міждисциплінарний підхід.

Узагальнені висновки роботи свідчать, що суїцидальна поведінка має різну емоційно-когнітивну детермінацію у молоді та дорослих із травматичним досвідом, що зумовлює необхідність диференційованих психокорекційних моделей. Перспективою подальших досліджень є поглиблене вивчення ефективності розроблених терапевтичних програм та їх адаптація до умов сучасного українського суспільства в умовах тривалої війни.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, суїцидальна ідеяція, посттравматичний стрес, аутоагресія, молодь, дорослі з воєнним досвідом, емоційна регуляція, депресія, тривога, стрес, психологічна корекція, психодіагностика.

ANOTATION

Udodenko Yaroslava Volodymyrivna. *The influence of traumatic events on the formation of suicidal behavior.*

Master's degree work in the specialty 053 psychology. Odesa National Academy of Law. Odesa, 2025.

The master's thesis is devoted to a comprehensive study of the psychological factors underlying suicidal behavior among young people aged 14-25 and adults aged 30-55 with experience of exposure to combat-related traumatic events. The work substantiates the theoretical and methodological foundations of studying auto-aggressive tendencies and outlines contemporary approaches to understanding post-traumatic stress, suicidal ideation, and mechanisms of emotional regulation in the context of martial law. The aim of the research was to identify the relationship between post-traumatic symptoms, the level of suicidal ideation, and emotional states such as depression, anxiety, and stress, as well as to develop differentiated psychocorrectional recommendations for distinct age groups.

The study involved 50 participants divided into two groups: young individuals aged 14-25 ($n = 25$) and adults aged 30-55 with military or combat-related experience ($n = 25$). The sample included 60% men and 40% women. The adult group demonstrated symptoms associated with post-traumatic stress and exposure to warfare. Three validated psychodiagnostic instruments were employed: the Impact of Event Scale – Revised (IES-R) to assess post-traumatic symptom severity; the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) to measure the level of suicidal thoughts; and the Depression Anxiety Stress Scales – 21 (DASS-21) to evaluate emotional distress indicators.

The findings revealed significant differences between the studied groups. Young participants demonstrated moderate levels of depressive symptoms ($M = 10.87$), low suicidal ideation ($M = 4.91$), and moderate stress levels. Adults with war-related experience exhibited high levels of post-traumatic symptoms (IES-R: $M = 40.41$), significantly increased suicidal ideation ($M = 13.01$), and elevated scores of depressions, anxiety, and stress. Correlation analysis indicated distinct

psychological mechanisms of suicidality: in youth, suicidal ideation was primarily associated with depressive experiences ($r = 0.30$), whereas in adults it was linked to stress ($r = 0.32$), anxiety ($r = 0.28$), and intrusive trauma-related symptoms ($r = 0.30$).

Based on the results, a set of psychocorrectional recommendations was developed to reduce suicidal risk in both groups. For young individuals, the emphasis is placed on strengthening adaptive coping strategies, emotional self-regulation, cognitive restructuring, and the development of personal resources. For adults with combat-related trauma, trauma-focused cognitive behavioral therapy, stabilization techniques, work with intrusive memories, crisis intervention, safety planning, and enhancing social support are recommended. Both intervention pathways include psychoeducation, individual and group modalities, and an interdisciplinary approach.

The study concludes that suicidal behavior in youth and adults with traumatic experience is driven by different emotional and cognitive determinants, which necessitates differentiated psychotherapeutic models. Future research should focus on assessing the effectiveness of the proposed interventions and adapting them to the societal context of contemporary Ukraine affected by prolonged war.

Keywords: *suicidal behavior, suicidal ideation, post-traumatic stress, auto-aggression, youth, adults with war-related experience, emotional regulation, depression, anxiety, stress, psychological correction, psychological assessment.*

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. ЕМПІРИЧНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ НА ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	19
1.1. Характеристика вибірки дослідження.....	19
1.2. Обґрунтування методик і опис інструментів дослідження.....	21
1.3. Основні положення та опис процедури дослідження.....	29
РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ НА ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	33
2.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження.....	33
2.2. Практичні рекомендації щодо психокорекційної роботи над суїцидальною поведінкою.....	42
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ДЖЕРЕЛ.....	49
	ВИКОРИСТАНИХ

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні соціально-політичні умови, зокрема воєнні дії, зростання рівня насильства, втрати близьких та інші травматичні події, значно підвищують ризики розвитку посттравматичних стресових розладів та суїцидальної поведінки. Переживання психологічної травми нерідко супроводжується емоційною дестабілізацією, втратою життєвих смислів і підвищеною вразливістю до кризових станів, що створює підґрунтя для формування суїцидальних тенденцій.

Історіографія дослідження складається з концепцій суїцидальної поведінки Е. Дюркгейм [33], Н. Фарберова та Л. Нормана [43]; теорій кризових станів особистості Е. Ліндемана [39; 40], К. Ясперса [38] та праць українських дослідників у галузі суїцидології Я. О. Гошовського [4], О. Романова та К. М. Погоріляка [20], В. Сулицького [22].

Соціально-психологічні чинники аутоагресивної поведінки вивчали дослідники З. Фройд [35; 36], С. Едвін та Е. Шнейдман [34], І. Корнієнко [11], Д. В. Лебєдев, О. О. Назаров, О. В. Тимченко, В. Є. Христенко, І. О. Шевченко [13], В. Москалець [15], В. Рибалка [19], Р. П. Федоренко [26] та інші.

Суїцидальна поведінка є однією з найсерйозніших проблем сучасного суспільства. Це свідомий акт добровільного самогубства. Самогубство, як крайня форма суїцидальної поведінки, є навмисним актом самоушкодження, що призводить до смерті [23, с. 38].

Науковий аналіз проблеми суїцидальної поведінки підкреслює її міждисциплінарний характер та глибокий науковий розвиток, якого вона зазнала в соціології, психології та психіатрії. Класичні соціологічні концепції самогубства сягають часів Еміля Дюркгейма, який розглядав його як соціальне явище, що визначається ступенем інтеграції та регуляції в суспільстві. У своїй праці «Самогубство» (Le Suicide мовою оригіналу), публікованою у 1897 році, він визначив чотири типи самогубства –

егоїстичне, альтруїстичне, аномічне та фаталістичне – і вперше продемонстрував залежність індивідуальних саморуйнівних актів від соціоструктурних факторів [33]. Соціально-психологічний підхід отримав подальший розвиток у роботах Н. Фарберова та Л. Нормана, які розробили концепцію мотиваційних та когнітивних передумов суїцидальної поведінки, наголошуючи на суб'єктивному сприйнятті життєвих криз та спотворенні системи значень особистості [43].

Теоретичні основи моделі кризи особистості можна знайти в роботах Е. Ліндемманна [39; 40], який першим описав феномен «гострого горя» як реакцію на травматичну подію та розробив принципи кризового втручання для запобігання самоушкодженню. Його підхід був доповнений К. Ясперсом, який з позиції екзистенціальної філософії окреслив концепцію «прикордонної ситуації» як умови розвитку суїцидальних думок. У цій ситуації індивід стикається з вирішальною дилемою між самозбереженням та самознищенням [38]. Ці ідеї складають методологічну основу сучасних психотерапевтичних та кризових втручань, спрямованих на подолання внутрішніх конфліктів та відновлення змістовних життєвих орієнтацій.

Вивчення соціальних та психологічних факторів аутоагресії сягає корінням у психоаналітичну традицію. У своїх працях «Trauer und Melancholie» («Почуття та меланхолія» (1917) [36] та «Jenseits des Lustprinzips» («По той бік принципу задоволення») (1920) [35] Зигмунд Фрейд описав механізм інтроекції агресії, за якого втрата значущого об'єкта призводить до спрямування руйнівної енергії проти себе. Едгар Шнейдман та Найробі далі розвинули ці ідеї, ввівши концепцію психологічного болю як центрального фактора суїцидальної поведінки та створивши багатофакторну модель для оцінки ризику самоушкодження.

Я. О. Гошовський зробив значний внесок у дослідження суїциду в Україні, досліджуючи соціокультурні фактори ресоціалізації осіб із неблагополучних сімей [4]. Також вчені О. П. Романів та К. М. Погоріляк проаналізували ризик суїциду у пацієнтів з біполярним розладом [20]; а

В. В. Сулицький систематизував психологічні аспекти суїцидальної поведінки та розробив концепцію її профілактики в освітніх та клінічних умовах [22]. Українська наукова школа продовжує традицію поєднання соціально-психологічних, медичних та освітніх підходів для досягнення всебічного розуміння природи самоушкоджувальних тенденцій у сучасному суспільстві.

У сучасній українській психології І. М. Корнієнко [11, с. 45-52] визначає самоушкодження як форму соціально зумовленого внутрішнього конфлікту, що поєднує емоційну нестабільність, фрустрацію базових потреб та брак соціальної підтримки. У роботах Д. Лебедева, О. Назарова, О. Тимченка, В. Христенка, І. Шевченка [13], В. Москалець [15], В. Рибалки [19] та Р. Федоренка [26] уточнюються емпіричні аспекти цієї проблеми та демонструється зв'язок між рівнем регуляції емоцій, когнітивними спотвореннями та схильністю до аутоагресивних проявів.

Таким чином, історіографія цього дослідження ілюструє розвиток уявлень про суїцидальну та аутоагресивну поведінку, від соціологічних та психоаналітичних пояснень до сучасних інтегративних соціально-психологічних підходів, що враховують багатовимірність внутрішніх та зовнішніх факторів ризику. Це забезпечує методологічну основу для подальшого емпіричного аналізу динаміки тенденцій до самоушкодження в контексті соціальних трансформацій в українському суспільстві.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За даними сучасних досліджень, суїцидальна поведінка є однією з провідних причин передчасної смертності, особливо серед молоді та осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Водночас своєчасна діагностика та глибоке розуміння психологічних механізмів взаємозв'язку між травмою і суїцидальністю дає можливість розробляти ефективні стратегії профілактики та психологічної допомоги [9, с. 34].

У психології існує кілька підходів до розуміння суїцидальної поведінки. Згідно з соціокультурним підходом, характеристики соціального

середовища та культурні традиції відіграють фундаментальну роль у розвитку суїцидальних тенденцій. Психодинамічний підхід розглядає самогубство як наслідок внутрішніх психологічних конфліктів. Екзистенційно-гуманістичний підхід розглядає суїцидальну поведінку як наслідок втрати сенсу життя та екзистенційної порожнечі [30, с. 460].

Суїцидальна поведінка – це складне та багатогранне явище, що охоплює широкий спектр проявів, від суїцидальних думок до завершеного самогубства. Вона спричинена поєднанням біологічних, психологічних та соціальних факторів і є результатом складної взаємодії між особистістю та навколишнім середовищем [28, с. 1094].

В останні роки питання суїцидальної поведінки набуло важливості в контексті соціально-психологічних змін в українському суспільстві. Наразі в Україні спостерігається відносно високий рівень самогубств: за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового банку, кількість випадків самоушкодження становила приблизно 23,3 на 100 000 жителів у 2019 році, 22,1 у 2020 році та приблизно 21,2 у 2021 році [50].

За даними Державної служби статистики України, категорія «самопошкодження» (коди МКХ-10 X60-X84) постійно фіксувалася в статистиці смертності населення до 2021 року, що свідчить про стійке зниження кількості завершених самогубств до 2022 року [5].

Однак після початку широкомасштабних військових дій доступність офіційних даних про причини смерті була дуже обмеженою, а поточні медико-соціальні оцінки, особливо ті, що стосуються військовослужбовців та ветеранів, залишаються неповними [18].

Окремі звіти Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини за 2023 рік свідчать про зростання випадків самоушкодження серед підлітків, що закликає до посилення профілактичної та психокорекційної роботи з вразливими групами населення [25].

Психологічні фактори, що сприяють розвитку суїцидальних тенденцій, включають депресивні та тривожні розлади, низьку самооцінку,

песимістичний погляд на майбутнє, відсутність соціальної підтримки та переживання самотності та безпорадності. Важливу роль також відіграють риси особистості: імпульсивність, емоційна нестабільність, максималізм та нездатність долати труднощі [31].

Ризик самогубства зростає при психічних розладах, зокрема при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), тобто під впливом травматичних подій. Психологічна травма – це глибоке переживання, спричинене короткочасним або тривалим впливом психотравматичних факторів, яке може призвести до психічних розладів різної складності; це нормальна реакція здорового організму на складні обставини навколишнього середовища [21, с. 1].

ПТСР – це неспокійна реакція на травматичну подію та спричиняє різні психічні та поведінкові розлади. Посттравматичний стресовий розлад може виникати під впливом значної стресової ситуації, навіть при екстрених випадках, що перевищують межі нормального людського досвіду [21, с. 1].

Травматична подія виникає в ситуаціях, що становлять безпосередню загрозу життю та здоров'ю людини та/або її родини, близьких та друзів. Такий стрес зазвичай має патогенно-психогенний характер, глобальний або локальний для конкретної особи, що часто і призводить до формування суїцидальних думок та поведінки.

Дослідження останніх п'яти років підтверджують, що вплив травматичних подій залишає довготривалі сліди в психіці і значно підвищує ризик суїцидальних думок та поведінки. У контексті війни та великих соціальних потрясінь (зокрема – в Україні) показники ПТСР і супутніх розладів зростають, що створює масивну потребу у ранній діагностиці і профілактиці суїцидального ризику [42].

Практичні огляди та системні аналізи останніх років роблять акцент на необхідності «травмо-інформованого» підходу до запобігання суїциду: тобто інтервенції мають брати до уваги історію травм, симптоматику ПТСР та механізми емоційної дисрегуляції, що опосередковують перехід від думок до

спроб. Як пишуть оглядачі, «trauma is associated with an increased likelihood of experiencing suicidality», що означає травма пов'язана з підвищеною ймовірністю суїцидальних думок». Такий висновок повторюється в численних мета-аналізах та практичних рекомендаціях за останні 3-4 роки [44].

Клінічні дослідження вказують на роль накопиченої травми – кумулятивні «негаразди» (cumulative adversity) і особливих форм травматизації – наприклад, комплексного ПТСР (PTSD) – у підвищенні шансів не тільки на суїцидальні думки, але й на спроби. Порівняльні дослідження показують, що у пацієнтів з PTSD ризик спроб вищий, а фактори відчаю і безнадії часто модулюють цей ризик; отже, вимірювання інтенсивності симптомів ПТСР (наприклад, через IES-R) разом зі скринінгом суїцидальних намірів дає практично важливу інформацію для оцінки загального ризику [37].

Окремі інтервенційні роботи останніх років демонструють обережний оптимізм: терапевтичні підходи, орієнтовані на травму (EMDR, когнітивно-поведінкова терапія, програми для самоспівчуття та регуляції емоцій), можуть знижувати інтенсивність суїцидальних думок в пацієнтів із вираженим ПТСР. Водночас автори наголошують на потребі додаткових рандомізованих досліджень і адаптації методик під місцевий (соціально-культурний) контекст, особливо в умовах масової травматизації населення [29, 52].

У масштабному крос-національному аналізі, базованому на опитуваннях WHO, виявлено, що «Більшість травматичних подій суттєво пов'язані з суїцидальними думками та спробами самогубства протягом життя» – тобто переважна більшість травматичних подій має суттєвий зв'язок із суїцидальними думками й спробами [32]. Дослідження підкреслює важливість врахування типу травми – сексуальне чи міжособистісне насильство асоціюється з найвищими ризиками; втім, навіть природні

катастрофи чи війна можуть бути пов'язані з планами або спробами самогубства.

В іншому ґрунтовному когортному дослідженні в Швеції показано, що «рівень самогубств був на 6,74% вищим у осіб з посттравматичним стресовим розладом» (у жінок) та «на 3.96% у чоловіків», тобто значно зростає ризик смерті внаслідок суїциду у пацієнтів із діагностованим ПТСР [32] Автори також зазначають, що «до 54 % таких смертей можуть бути пов'язані саме з ПТСР, що суттєво вказує на ПТСР як клінічно критичний маркер ризику, який потребує пріоритетної уваги в діагностиці, моніторингу й профілактичних інтервенціях.

Тому актуальність проблематики суїцидальної поведінки в сучасних українських дослідженнях впливає не лише зі статистичних показників, а й із глибоких соціально-психологічних процесів, що супроводжують постійне існування суспільства в умовах стресу, невпевненості та воєнної травми. Ретельний аналіз внутрішніх (психологічних, особистісних, емоційних) та зовнішніх (соціально-економічних, культурних, інформаційних) факторів самоушкодження є важливим для створення ефективної системи психопрофілактики, раннього виявлення ризиків та розробки комплексних програм психологічної підтримки для осіб, які перебувають у групі ризику самоушкодження.

Мета магістерського проєкту – дослідити та встановити залежність впливу травматичних подій на формування суїцидальної поведінки.

Досягнення мети кваліфікаційної роботи передбачає виконання наступних **завдань дослідження**:

1. Зробити аналіз останніх досліджень і публікацій із зазначеної проблематики, сформувані історично-теоретичну базу дослідження.
2. Розробити теоретичну модель дослідження; обґрунтувати методи та методики дослідження; охарактеризувати цільову групу та описати інструментарій дослідження.
3. Викласти опис процедури та перебігу дослідження.

4. Проаналізувати результати емпіричного дослідження і сформулювати інтерпретацію даних.
5. Розробити практичні рекомендації щодо психокорекційної роботи над суїцидальною поведінкою.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості.

Предмет дослідження – особливості та психологічні механізми впливу травматичних подій на формування суїцидальної поведінки.

Методологічну основу дослідження становлять:

1. Системний підхід – розгляд суїцидальної поведінки як багатофакторного явища, що формується під впливом індивідуально-психологічних та соціально-психологічних чинників.
2. Біопсихосоціальна модель – пояснення взаємозв'язку біологічних, психологічних та соціальних детермінант у розвитку суїцидальної поведінки.
3. Когнітивно-поведінковий підхід – для аналізу ролі когнітивних схем, дезадаптивних переконань та поведінкових стратегій у формуванні суїцидальних тенденцій.
4. Діагностичний підхід із використанням стандартизованих психометричних методик:
 - Опитувальник травматичного стресу IES-R – для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінки впливу травматичних подій на психоемоційний стан.
 - Шкала суїцидальних намірів BSIS / Шкала суїцидальних думок BSSI – для визначення рівня вираженості суїцидальних тенденцій та їх зв'язку з пережитою травмою.
 - Клінічно-діагностичне інтерв'ю (MINI International Neuropsychiatric Interview) – для комплексної діагностики супутніх психічних розладів (депресія, ПТСР, тривожні розлади).

5. Екзистенційний підхід – розгляд суїцидальної поведінки як реакції особистості на кризу смислів, втрату життєвих орієнтирів після травматичних подій.
6. Принципи науковості, гуманізму, комплексності та інтегрованості у дослідженні психічних явищ.

Елементи наукової новизни дослідження полягають у тому, що у роботі уточнено психологічні механізми, через які травматичний досвід, зокрема переживання бойових дій, насильства чи втрати близьких, зумовлює зростання рівня суїцидальних намірів та схильності до аутоагресивної поведінки. На основі використання валідних психодіагностичних методик (IES-R, BSSI, MINI) розроблено та апробовано комплексний діагностичний підхід, який забезпечує більш точне виявлення осіб із високим рівнем суїцидального ризику. Крім того, у дослідженні обґрунтовано роль медіаторних факторів – депресивних і тривожних проявів, низького рівня соціальної підтримки та дезадаптивних копінг-стратегій – у трансформації пережитої травми у суїцидальну поведінку.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в потенціалі впровадження розробленої психокорекційної програми профілактики суїцидальної поведінки пацієнтів у психологічних службах, кризових центрах та консультаційних центрах. Результати дослідження можуть бути використані при розробці навчальних курсів з кризової психології та суїцидології для студентів-психологів.

Публікації автора за темою дослідження: Удоденко Я. В., Репнова Т. П. Вплив травматичних подій на формування суїцидальної поведінки. Сучасна психологія: виклики та перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Одеса, 10 жовтня 2025 року. / за заг. ред. проф. Аракеяна М. Р. Одеса : НУ «ОЮА», 2025.

Структура та обсяг роботи. Дана кваліфікаційна робота на здобуття ступеню магістра складається зі вступу, двох розділів – емпірично-методичного та аналітично-практичного, висновків, списку використаних

джерел, до якого входить 52 найменування. Загальний обсяг роботи становить 50 сторінок, з них основного тексту – 41 сторінка.

РОЗДІЛ 1. ЕМПІРИЧНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ НА ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Характеристика вибірки дослідження

Даний магістерський проєкт присвячено вивченню впливу травматичних подій на формування суїцидальної поведінки особистості, що спричиняється передусім на фоні формування суїцидальних думок образу мислення та поведінки.

Вибірку дослідження було сформовано за основними віковими та причинно-наслідковими принципами, тобто ми обрали 50 осіб досліджуваних, що пережили різні типи травматичних подій і розділили їх на дві цільові групи:

- перша група – 25 респондентів віком від 14 до 25 років, які схильні до закладання суїцидальної поведінки внаслідок різних дитячих травм і пережитих травматичних подій;
- друга цільова група досліджуваних складається з 25 осіб більш досвідченої і зрілої вікової категорії – 30-55 років, що стали жертвами травматичних подій внаслідок безпосередньо воєнної травматизації (під час воєнного стану в країні), тобто учасники бойових дій, воєнні та їх сім'ї і родичі.

Обрана вибірка є актуальною та репрезентативною в умовах сучасного українського суспільства, що зазнало масової психотравматизації внаслідок повномасштабної війни, соціальної нестабільності та зростання рівня тривожності й депресивних станів серед населення.

Психотравматичні наслідки війни стали однією з провідних проблем психологічного здоров'я українців. За даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ, 2023) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2023), близько третини населення України може мати симптоми

посттравматичного стресового розладу або депресії, що істотно підвищує ризик суїцидальних тенденцій.

Віковий поділ вибірки дозволяє виявити специфіку впливу травматичного досвіду у різні періоди життя:

- молодий вік (14-25 років) характеризується формуванням ідентичності, високою емоційною чутливістю і вразливістю до психічних травм;
- зрілий вік (30-55 років) часто пов'язаний із соціальною відповідальністю, участю у бойових діях або втратами, що створює інший тип психотравматичного досвіду.

Порівняння двох вікових груп забезпечує глибше розуміння того, як відмінності у життєвому досвіді, копінг-стратегіях та соціальній підтримці впливають на формування суїцидальних установок після травматичних подій.

Вибірку було сформовано відповідно до принципу добровільної участі та з дотриманням етичних стандартів психологічних досліджень: інформованої згоди, конфіденційності та права відмовитися від участі. Усі учасники перебували у стабільному психічному стані, що дозволяло їм адекватно відповісти на діагностичні питання.

Таким чином, вибірку можна охарактеризувати з точки зору релевантності для сучасної соціально-психологічної ситуації в Україні, і як таку, яка дозволяє отримати емпірично значущі результати для розробки програм профілактики самогубств у людей, які пережили досвід травматизації, та сприяє розширенню клінічних та психологічних знань про наслідки військових і цивільних травматичних подій.

1.2. Обґрунтування методик і опис інструментів дослідження

Далі ми запропонували перелік інструментів дослідження, що складаються із трьох доцільних методик діагностування проблеми суїцидальної поведінки:

1. Опитувальник впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) [48]

Авторство належить D. S. Weiss, C. R. Marmar (1997). У 2025 році з'явилась стаття «The impact of events scale-revised (IES-R): Validation of the Ukrainian version», у якій проведено психометричну перевірку україномовної версії IES-R серед українських біженців у Німеччині (N = 584) [12].

Мета застосування методики: оцінка інтенсивності посттравматичних симптомів (інтрузії, уникання, гіперактивація).

Цей науково-методологічний інструмент дозволяє виявити, наскільки сильно вплинула травматична подія на психоемоційний стан досліджуваного, і може стати основною причиною формування суїцидальної поведінки.

Опитувальник впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), розроблена Д. С. Вайсом та К. Р. Мармаром (1997), є одним із найширше використовуваних психодіагностичних інструментів для вимірювання тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей інструмент базується на тривимірній структурі ПТСР та дозволяє оцінити тяжкість трьох ключових компонентів: інтрузії (нав'язливих спогадів, снів, флешбеків), уникнення (психологічне або поведінкове уникнення травматичних подразників) та гіперзбудження (підвищена тривожність, дратівливість, порушення сну).

Кожен із 22 пунктів оцінюється за 5-бальною шкалою (від 0 – «зовсім не впливає» до 4 – «надзвичайно впливає»). Загальний бал є показником тяжкості наслідків травми. Бал до 23 балів вважається нормативним і вказує на низький рівень посттравматичних симптомів. Помірний бал (24–32 бали) може свідчити про субклінічні симптоми стресу. Високий бал – понад 33 бали — свідчить про ймовірний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і вимагає подальшого клінічного обстеження [48, с. 10-12]. Сучасні адаптації

також рекомендують оцінювати субшкали «Нав'язливість» (сума пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 та 20), «Уникнення» (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17 та 22) та «Гіперзбудження» (4, 10, 15, 18, 19 та 21) для визначення переважної реакції на травму.

Актуальність використання IES-R в Україні полягає у поширеності травматичного досвіду серед цивільного населення, військових та внутрішньо переміщених осіб. У 2025 році була опублікована стаття «*The impact of events scale-revised (IES-R): Validation of the Ukrainian version*» [12]. У цій статті було проведено психометричну оцінку української версії інструменту на вибірці українських біженців у Німеччині (N = 584). Результати дослідження показали високу внутрішню узгодженість шкали (α Кронбаха = 0,92) та добру факторну валідність, що підтверджує її придатність для використання в українському контексті [12, с. 4-6].

Крім того, було виявлено позитивні кореляції з показниками тривожності та депресії шкал GAD-7 та PHQ-9, що свідчить про конвергентну валідність інструменту. Важливим аспектом є лінгвістична адаптація анкети, яка забезпечила культурну релевантність формулювань та семантичну еквівалентність з оригінальною англійською версією.

Застосування Опитувальника впливу травматичної події IES-R у рамках даного магістерського проєкту є доцільним та науково обґрунтованим, оскільки дозволяє оцінити посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який є важливим предиктором самоушкодження та суїцидальної поведінки. У воєнних ситуаціях інтенсивність нав'язливих дій, гіперзбудження та унікаючої поведінки можуть виступати механізмом розвитку депресивних та суїцидальних тенденцій, особливо серед військовослужбовців, ветеранів та їхніх сімей.

Використання валідованої української версії IES-R забезпечує достовірність зібраних емпіричних даних, що відповідає сучасним етичним та методологічним стандартам психологічних досліджень в Україні. Завдяки своїй стислості, високій надійності та можливості кількісної інтерпретації,

опитувальник може бути ефективно використаний як для оцінки посттравматичних симптомів, так і для оцінки ефективності психотерапевтичних втручань у рамках магістерської програми.

2. Шкала суїцидального мислення А. Бека (Beck Scale for Suicide Ideation, BSSI) [27]

Автором методики є А. Т. Бек (1988). Ми використали україномовний еквівалент методики, тобто сучасну українську адаптацію, опубліковану в одному з методичних посібників [10, с. 52-61].

Мета застосування методики: діагностика інтенсивності суїцидальних намірів, наявність плану, мотивацію до самогубства.

Цей науково-методологічний інструмент дає змогу оцінити рівень суїцидального ризику та зв'язати його із пережитою травмою у кожній віковій групі.

Шкала суїцидального мислення Бека (BSSI) є одним із найбільш широко визнаних клінічних та психометричних інструментів для кількісного вимірювання інтенсивності суїцидальних думок та намірів. Вона була розроблена в 1979 році Аароном Т. Беком, Марією Ковач та Арлін Вайсман на основі когнітивної моделі депресії, яка розглядає суїцидальні тенденції як наслідок когнітивних спотворень, безнадії та втрати сенсу життя. Шкала складається з 19 основних пунктів, що оцінюють характер, частоту та інтенсивність суїцидальних думок, а також наявність планів, засобів та підготовчих дій до самогубства. Кожен пункт оцінюється за трибальною шкалою (0-2), що призводить до загального балу від 0 до 38. Вищі бали вказують на більший ступінь суїцидальних думок [27, с. 343-346].

Критерії оцінки результатів визначають три основні рівні ризику:

- 0-5 балів: відсутність або лише легкі суїцидальні думки, що вважаються нормальними, або стабільний емоційний стан, без фактичного самоушкодження;
- 6-19 балів: помірні суїцидальні думки, що потребують психологічного спостереження та профілактичного втручання;

- 20 балів або більше: сильні суїцидальні наміри, що потребують невідкладної психотерапевтичної або клінічної допомоги.

Окрім загального балу, рекомендується враховувати змістовний профіль відповідей: наявність конкретного плану, ступінь амбівалентності, попередні спроби самогубства та мотиваційні фактори. З клінічної точки зору, найважливішими показниками підвищеного ризику є поєднання високих балів за пунктами «Наявність суїцидальної мети» (пункт 4), «Очікувані наслідки» (пункт 11) та «Контроль імпульсів» (пункт 19).

Важливо зазначити, що під авторством А. Т. Бека також розроблена ще одна діагностична методика – Шкала суїцидальних намірів – Suicide Intent Scale; BSIS (A.T. Beck et al., 1974) [27].

Ці дві методики часто плутають між собою або застосовують як одну і ту саму чи взаємозамінні методики, хоча вони абсолютно різні за структурою і призначенням.

Методика BSIS Шкала суїцидальних намірів 1974 року призначена для оцінки серйозності наміру самогубства вже після скоєної спроби, тобто виявлення обставин спроби самогубства (усвідомленості, таємності обставин, підготовки заходів безпеки тощо), а також самовідчуття у пацієнта після скоєної спроби – очікування результату тощо.

Отже, у контексті теми дослідження «Вплив травматичних подій на формування суїцидальної поведінки» найбільш доцільним є обрати саме BSSI – Шкалу для оцінки суїцидального мислення, тому що наша вибірка не включає осіб, які вже здійснили суїцидальні спроби, а спрямована на дослідження ризику та схильності серед травматизованих осіб.

Валідність та надійність шкали BSSI були підтверджені численними емпіричними дослідженнями у Сполучених Штатах, Європі та Україні. У 2022 році шкала була адаптована українською мовою в рамках спільного проєкту Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії та Інституту психічного здоров'я Київського українського університету. Вибірка (N = 328, включаючи ветеранів та цивільних осіб) показала високу внутрішню

узгодженість (α Кронбаха = 0,89) та конвергентну валідність з іншими шкалами: шкалою депресії Бека II та шкалою тяжкості суїцидальних ідей Колумбійської шкали ($r = 0,72$; $p < 0,001$) [7, , с. 18-21]. Це свідчить про можливість надійного застосування методології в українському контексті, зокрема з вибірками військовослужбовців, ветеранів, студентів та підлітків, які проходять клінічне лікування.

Доцільність використання BSSI у магістерській роботі полягає в її високій діагностичній точності та етичних наслідках. Шкала дозволяє не лише кількісно оцінити суїцидальні думки, але й виявити когнітивно-емоційні механізми, що призводять до самоушкодження: амбівалентність, почуття провини та безнадії. Завдяки стандартизації анкети та простій інтерпретації результатів, BSSI є ефективним інструментом для виявлення суїцидального ризику в досліджуваних групах, для спостереження за динамікою під час психокорекційних втручань та для порівняння результатів з міжнародними емпіричними даними. Застосування цієї методології в магістерській роботі забезпечує наукову обґрунтованість висновків та розширює доказову базу дослідження, особливо в контексті психоемоційних наслідків війни та стресових факторів у сучасному українському суспільстві.

3. Шкала депресії, тривоги і стресу (Depression Anxiety Stress Scales – 21, DASS-21) [41]

Шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21 вимірює тяжкість трьох основних негативних емоційних станів: депресії, тривоги та стресу. Вона була спочатку розроблена в 1995 році психологами Пітером та Сідні Ловібонд. Початкова версія містила 42 твердження, але пізніше була розроблена скорочена версія з 21 пунктом.

Ця шкала складається з трьох окремих шкал, кожна з яких містить сім питань, призначених для виявлення конкретних емоційних проявів.

- 1) Шкала депресії охоплює такі стани, як депресія, втрата сенсу життя, самозневага, відсутність інтересу, нездатність відчувати задоволення (ангедонія) та млявість.

- 2) Шкала тривоги вимірює фізіологічні ознаки збудження, м'язову напругу, почуття тривоги в певних ситуаціях та загальну суб'єктивну тривогу.
- 3) Шкала стресу вимірює хронічну психоемоційну напругу, включаючи труднощі з розслабленням, дратівливість, імпульсивність, підвищену збудливість та нетерплячість [3].

Шкала депресії, тривоги і стресу (DASS-21) є скороченою версією відомого опитувальника DASS-42, розробленого для диференційованого вимірювання трьох емоційних конструктів – депресії, тривоги та стресу. Інструмент спрямований на кількісну оцінку суб'єктивної напруженості та емоційної дезадаптації, що є ключовими маркерами психічного виснаження й предикторами суїцидальної поведінки.

Методика складається з 21 твердження, які оцінюються за 4-бальною шкалою (0 – «зовсім не було притаманно» до 3 – «дуже або більшу частину часу»). Отримані бали підсумовуються окремо за кожною підшкалою (депресія, тривога, стрес) і множаться на два для відповідності повній версії. Високі значення свідчать про виражену емоційну напругу, що може бути пов'язана з розвитком психічних розладів або аутоагресивних тенденцій [41, с. 340-342].

Критерії оцінювання визначають п'ять рівнів тяжкості для кожного з трьох вимірів. Для субшкали депресії: нормальний діапазон (0-9 балів), помірний ступінь тяжкості (10-13 балів), помірно-важкий ступінь тяжкості (14-20 балів), важкий ступінь тяжкості (21-27 балів) та надзвичайно важкий ступінь тяжкості (28 балів або більше). Для субшкали тривожності: 0-7 балів (норма), 8-9 балів (легкий ступінь), 10-14 балів (помірний ступінь), 15-19 балів (високий ступінь) та 20 балів або більше (надзвичайно високий ступінь). Для субшкали стресу: 0-14 балів (норма), 15-18 балів (легкий ступінь), 19-25 балів (помірний ступінь), 26-33 бали (високий ступінь) та 34 бали або більше (надзвичайно високий ступінь) [41, с. 343-345]. Таким чином, нормальні значення свідчать про збережену емоційну стабільність, тоді як відхилення

від норм вказують на ризик розвитку афективних або тривожно-депресивних станів, що потребують психопрофілактичного втручання.

Ця анкета не є єдиною основою для діагностики, але вона дозволяє чітко ідентифікувати наявні ознаки депресії, тривоги або стресу, а також визначити конкретні проблеми респондента. Її можуть використовувати лікарі загальної практики, психологи, психотерапевти та психіатри. Під час використання DASS-21 як інструменту скринінгу рекомендується подальше діагностичне тестування, якщо будь-який з показників виявляється важким або дуже важким. Слід також зазначити, що жоден з пунктів DASS-21 не стосується суїцидальних схильностей, оскільки не спостерігалось впливу цих пунктів на жодну зі шкал. Тому досвідчений клініцист повинен додатково визначати ризик суїциду у людей з важкими розладами, коли показники зростають [3].

Проте, варто зазначити, що валідність та надійність DASS-21 були підтверджені в численних міжнародних дослідженнях (α Кронбаха = 0,88-0,94). У 2023 році були опубліковані результати української адаптації Української шкали депресії, тривожності та стресу (U-DASS-21). Цю адаптацію провела команда під керівництвом Л. Крупельницької з вибіркою внутрішньо переміщених осіб та українських студентів ($N = 742$). Було досягнуто високої внутрішньої узгодженості ($\alpha = 0,91$) та хорошої факторної структури, що відтворює оригінальну тривимірну модель [Krupelnyska, с. 5-8]. Кореляції з PHQ-9 та GAD-7 підтверджують конвергентну валідність. Завдяки своїй простоті, чутливості до динаміки емоційних станів та короткому часу застосування, DASS-21 був визнаний придатним для використання в клінічній практиці, навчанні та дослідженнях в Україні.

Придатність DASS-21 у рамках нашого дослідження полягає в його здатності комплексно оцінювати емоційний стан учасників та виявляти зв'язки між депресивними, тривожними та стресовими симптомами як потенційними факторами схильності до суїцидальної поведінки. Інструмент є ефективним інструментом для емпіричної перевірки гіпотези щодо впливу

психоемоційного стресу на розвиток схильності до самоушкодження. Валідована українська версія забезпечує лінгвістичну точність, міжкультурну порівнянність та наукову достовірність результатів, що відповідає вимогам сучасних академічних досліджень у клінічній та кризовій психології.

Застосування DASS-21 у поєднанні з іншими шкалами (BSSI, IES-R) дозволяє отримати комплексне уявлення про емоційне функціонування особистості, виявити переважаючі моделі реагування на травму та розробити цілісні рекомендації щодо психопрофілактики та психотерапії у воєнних та повоєнних ситуаціях.

Тож, вибір трьох психодіагностичних методик – Impact of Event Scale-Revised (IES-R), Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) та Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) – є науково й методично обґрунтованим, оскільки вони комплексно охоплюють ключові психологічні параметри, що визначають зв'язок між травматичним досвідом і суїцидальною поведінкою.

Крім того:

- IES-R дає змогу кількісно оцінити інтенсивність посттравматичних симптомів (інтрузій, уникання, гіперактивації) – тобто ступінь впливу травматичної події, який виступає первинним чинником у формуванні суїцидальних тенденцій.
- BSSI безпосередньо вимірює рівень суїцидальних думок, намірів і поведінкових установок, що є головним показником досліджуваного феномена.
- DASS-21 дозволяє виявити медіаторні психологічні фактори (депресію, тривогу, стрес), які виступають проміжною ланкою між травматичним досвідом і виникненням суїцидальних проявів.

Усі три інструменти є стандартизованими, мають підтверджену психометричну надійність і валідність у численних міжнародних дослідженнях, а також пройшли адаптацію для використання в українському контексті. Застосування зазначених методик відповідає вимогам сучасної клінічної діагностики, узгоджується з рекомендаціями Всесвітньої організації

охорони здоров'я (ВООЗ, 2022) та Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), де підкреслюється важливість комплексної оцінки посттравматичних і афективних симптомів при вивченні суїцидальної поведінки [49].

Поєднання цих методик забезпечує системне охоплення як клінічних симптомів посттравматичного стресу, так і когнітивно-емоційних станів, що лежать в основі суїцидальної поведінки. Така комбінація дозволяє дослідити не лише безпосередній вплив травми, а й опосередковані шляхи її трансформації у суїцидальний ризик через депресивно-тривожні розлади.

Отже, використання IES-R, BSSI та DASS-21 у поєднанні є валідним, клінічно обґрунтованим і доцільним у контексті дослідження впливу травматичних подій на формування суїцидальної поведінки, оскільки забезпечує багатовимірне, доказове вивчення психологічних механізмів цього процесу.

1.3. Основні положення та опис процедури дослідження

У 2025 році було проведено емпіричне онлайн-дослідження впливу травматичних подій на розвиток суїцидальної поведінки у двох цільових групах, обраних нами. У дослідженні взяли участь 50 респондентів, які пережили травматичні події різного характеру. Вибірку було сформовано за принципом добровільності з дотриманням етичних вимог проведення психологічних досліджень (інформована згода, анонімність, конфіденційність результатів, можливість відмови від участі на будь-якому етапі).

До вибірки увійшли дві вікові групи:

- перша група – 25 осіб молодого віку (14-25 років), які зазнали психотравмуючих подій цивільного характеру або дитячої травми;
- друга група – 25 осіб зрілої вікової категорії (30-55 років), які мають досвід воєнної травматизації (учасники бойових дій,

військовослужбовці, родичі військових, цивільні, які пережили обстріли чи евакуацію).

Дослідження складалося з кількох фаз:

1. Етап підготовки:

- аналіз наукової літератури з суїцидальної поведінки і травматизації особистості;
- встановлення методологічної основи дослідження;
- підбір психодіагностичного інструментарію;
- формування вибірки учасників через соціальні мережі та онлайн-спільноти

2. Етап діагностування:

- організація і проведення онлайн-опитування;
- збір емпіричних даних.

Учасникам було запропоновано три стандартизовані психодіагностичні методики:

- 1) Impact of Event Scale – Revised (IES-R) – для оцінки інтенсивності посттравматичних симптомів;
- 2) Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI) – для виявлення рівня та структури суїцидальних думок;
- 3) Depression, Anxiety and Stress Scales – 21 (DASS-21) – для оцінки рівня депресії, тривоги й стресу як медіаторних факторів.

Опитування проводилось індивідуально або у малих групах (по 3–5 осіб) у спокійній, емоційно безпечній атмосфері. Середній час заповнення комплекту методик складав близько 30-40 хвилин. Процедура дослідження включала заповнення учасниками онлайн-анкети, яка включала всі необхідні психодіагностичні методики, та анкету із соціально-демографічними даними.

3. Етап аналізу отриманих даних:

- підготовка та аналіз статистичних даних та підрахунків;
- аналіз та інтерпретація результатів;
- формулювання висновків.

Отримані дані було оброблено кількісними та якісними методами.

Для статистичної обробки використовувалися методи описової статистики (середні значення, стандартні відхилення) та кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) для визначення зв'язків між показниками травматизації, афективних станів і суїцидальних тенденцій.

Якісний аналіз включав порівняння двох вікових груп за рівнями ПТСР-симптомів і суїцидального ризику.

Дослідження відповідало положенням Етичного кодексу психолога [6] та рекомендаціям МОЗ України щодо проведення психодіагностичних обстежень [14]. Особлива увага приділялась психологічній безпеці респондентів: у разі підвищеного рівня суїцидальних думок учасникам пропонувалася консультація психолога або перенаправлення до фахівця психічного здоров'я.

Отримані результати були інтерпретовані з урахуванням сучасних теоретичних концепцій посттравматичного стресу, афективних розладів та формування суїцидальної поведінки. Аналіз даних дозволив виявити психологічні особливості взаємозв'язку між пережитими травматичними подіями, рівнем посттравматичних симптомів, емоційними станами (депресією, тривогою, стресом) та інтенсивністю суїцидальних думок у представників різних вікових груп. На основі отриманих результатів були сформульовані висновки щодо специфіки впливу травматичного досвіду на виникнення суїцидальних тенденцій у молодих і дорослих осіб, а також розроблено практичні рекомендації для психологів і психотерапевтів, спрямовані на профілактику суїцидальної поведінки серед осіб, які пережили травматичні події, з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей респондентів.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНО-ПРАКТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ НА ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів емпіричного дослідження

На першому етапі емпіричного дослідження для оцінки інтенсивності посттравматичних симптомів було використано методику **Impact of Event Scale – Revised (IES-R)**, Метою було визначити інтенсивність впливу пережитих травматичних подій. Метод слугував для визначення впливу травматичних подій на емоційний та психологічний стан учасників в обох вибірках: молодих людей (від 14 до 25 років) та дорослих з військовим досвідом (від 30 до 55 років).

Згідно з результатами обробки даних (див. таблицю 2.1), середній бал за шкалою IES-R у групі дорослих з військовим досвідом становив $M = 40,41$, що відповідає високому ступеню посттравматичних симптомів, тоді як у групі підлітків середній бал становив $M = 26,36$, що свідчить про помірний ступінь вираженості посттравматичного стресу.

Таблиця 2.1. Порівняння середніх показників за методикою IES-R у двох досліджуваних групах

Цільова група	M	SD	Ступінь вираженості показників
Молодь (14-25) років	26,36	9,57	Середній
Дорослі / з військовим досвідом (30-55 років)	40,41	12,13	Високий

Одержані результати вказують на значні відмінності ($t = 4,55$; $p < 0,001$; $d = 1,29$) між групами, що свідчить про статистично значуще вищу тяжкість посттравматичних реакцій у учасників з військовим досвідом. Це може бути пов'язано з безпосередньою участю в бойових діях, понесеними втратами та

накопиченням хронічного стресу, що призводить до емоційного гіперзбудження, нав'язливих нічних спогадів та підвищеної тривожності.

На рисунку 2.1 показано порівняльну діаграму середніх балів за шкалою IES-R за групами. Візуальний аналіз показує, що дорослі з досвідом війни характеризуються значно більшою інтенсивністю нав'язливих спогадів та гіперзбудженням, тоді як молоді люди переважно характеризуються емоційним уникненням.

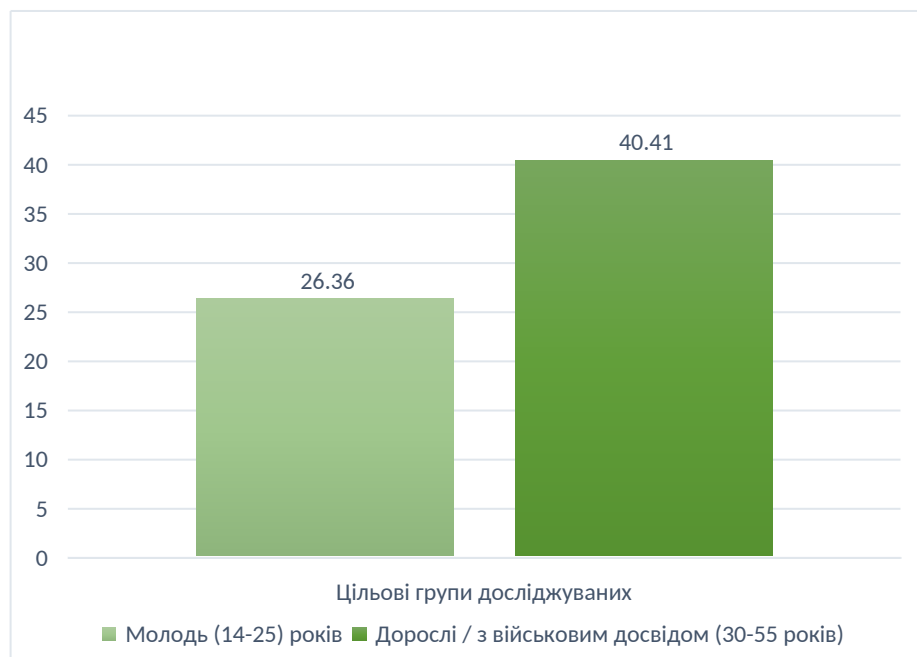


Рис. 2.1. Середні значення IES-R у досліджуваних групах

Дані графічно підтверджують розбіжність між групами: тяжкість посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців та ветеранів значно перевищує порівнянні рівні у молоді, що відображає вплив безпосереднього бойового досвіду. Високі бали за шкалою IES-R свідчать про підвищену схильність до розвитку тривожних розладів та суїцидальної поведінки.

Таким чином, значно більш інтенсивні посттравматичні симптоми спостерігаються в групі дорослих з військовим досвідом, що вимагає спеціальних програм психологічної підтримки для стабілізації їхнього

емоційного стану, навчання навичкам саморегуляції та допомоги в подоланні травматичних спогадів.

На другому етапі дослідження для оцінки інтенсивності суїцидальних думок, планів та намірів було використано **Шкалу суїцидального мислення Бека (BSSI)**. Метою цього методу було визначити ступінь схильності до самоушкодження у учасників та встановити зв'язок між суїцидальними думками та посттравматичними симптомами.

Отримані результати (табл. 2.1.1) свідчать про суттєву різницю між групами: у дорослих з воєнним досвідом середній бал за шкалою BSSI становив $M = 13,01$, що відповідає помірно високому рівню суїцидального ризику, тоді як у молоді цей показник був значно нижчим – $M = 4,91$, що свідчить про низький рівень ризику.

Таблиця 2.2. Порівняння середніх показників за шкалою BSSI у двох досліджуваних групах

Цільова група	M	SD	Рівень ризику
Молодь (14-25) років	4,91	4,12	Низький
Дорослі / з військовим досвідом (30-55 років)	13,01	5,99	Підвищений

Проведений t-тест підтвердив статистично значущу різницю ($t = 5,57$; $p < 0,001$; $d = 1,58$). Отримані результати свідчать, що у дорослих із досвідом бойових дій рівень суїцидального мислення значно перевищує показники молоді. Ймовірно, це пояснюється кумулятивним ефектом травматичного досвіду, порушенням системи соціальної підтримки та вираженим почуттям провини за події війни.

На рисунку 2.2 показано середні бали за шкалою BSSI двох груп. Як видно, дорослі з досвідом війни частіше демонструють конкретні плани самогубства, амбівалентне ставлення до життя та почуття безнадії.



Рис. 2.2. Середні значення суїцидального мислення (BSSI) у досліджуваних групах

Візуальний аналіз підтверджує значні відмінності у розподілі цінностей. Підлітки переважно демонструють епізодичні та ситуативні суїцидальні думки, тоді як у дорослих ці думки є більш систематичними та стійкими. Це свідчить про те, що посттравматичний досвід є значним фактором ризику розвитку суїцидальної поведінки.

Спостережувана поширеність суїцидальних думок серед дорослих з військовим досвідом вимагає створення спеціалізованих програм психологічної реабілітації, спрямованих на відновлення почуття мети,

забезпечення соціальної підтримки та сприяння реінтеграції в цивільне життя.

Третім етапом дослідження стало використання **Depression Anxiety Stress Scales – 21 (DASS-21)**, метою якої є виявлення емоційних станів, що опосередковують розвиток аутоагресивних тенденцій. Методика дозволяє оцінити вираженість депресії, тривоги та стресу як провідних показників психоемоційної дезадаптації.

Узагальнені результати подано у таблиці 2.3. У групі молоді зафіксовано середні показники депресії – $M = 10,87$, тривоги – $M = 7,72$, стресу – $M = 14,38$, що відповідає помірному рівню емоційної напруженості. У групі дорослих із воєнним досвідом середні значення становили відповідно $M = 14,16$, $M = 13,81$, $M = 20,01$, що свідчить про високий рівень емоційного виснаження та тривожності.

Таблиця 2.3. Порівняння середніх показників за DASS-21 у досліджуваних групах

Цільова група	Депресія (М)	Тривога (М)	Стрес (М)
Молодь (14-25) років	10,87	7,72	14,38
Дорослі / з військовим досвідом (30-55 років)	14,16	13,81	20,01

Аналіз результатів засвідчив значущі відмінності за шкалами тривоги ($t = 3,74$; $p < 0,001$) і стресу ($t = 2,68$; $p = 0,01$). Депресивні прояви продемонстрували тенденцію до вищих значень у дорослих ($p \approx 0,06$). Це свідчить, що емоційна сфера дорослих із воєнним досвідом характеризується вираженою напруженістю, нестабільністю та вразливістю до розвитку афективних розладів.

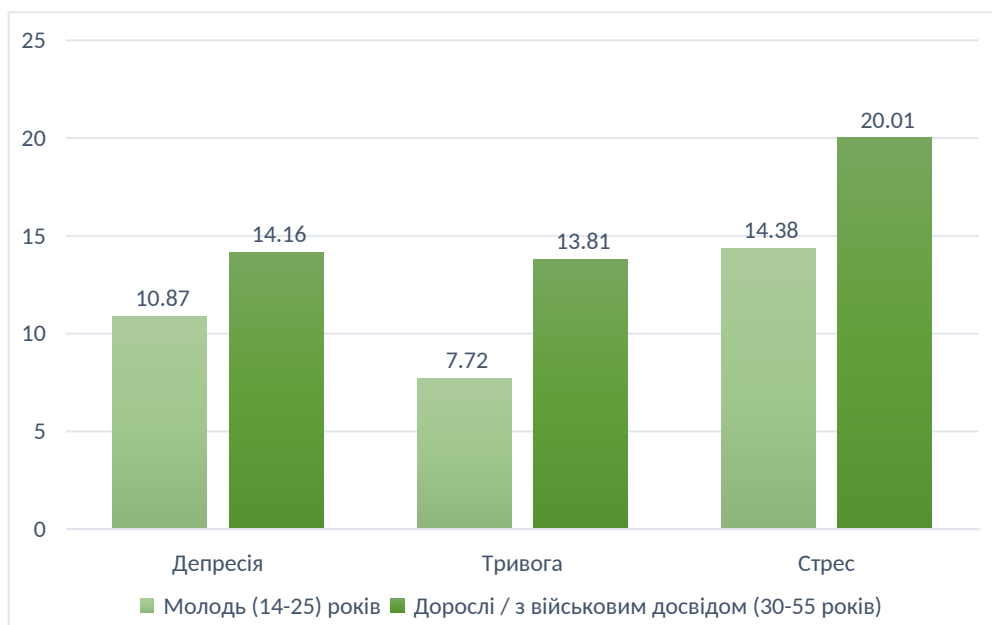


Рис. 2.3. Порівняльна характеристика депресії, тривоги і стресу (DASS-21) у групах

На рисунку 2.1.2 показано порівняння середніх балів за депресією, тривогою та стресом за шкалою DASS-21 в обох групах. Очевидно, що найвищі бали в обох групах пояснюються стресовим компонентом, причому бали у групі військовослужбовців перевищують встановлені пороги для високого рівня стресу.

Зібрані дані демонструють взаємне збільшення тривожності та стресу в групі дорослих, що свідчить про більшу психологічну вразливість та нижчу стійкість до зовнішніх подразників. Молоді люди демонструють більш гнучкий емоційний контроль та меншу напругу, що пояснює їхній нижчий ризик самоушкодження.

Згідно з результатами DASS-21, тривога та стрес є найважливішими афективними предикторами суїцидальних думок. Зменшення цих факторів за допомогою психотерапевтичних втручань є ключовою передумовою для профілактики самоушкодження, особливо серед військовослужбовців та ветеранів.

На наступному етапі дослідження було проведено кореляційний аналіз з метою виявлення взаємозв'язків між інтенсивністю посттравматичних симптомів (за IES-R), рівнем суїцидального мислення (за BSSI) та емоційними станами депресії, тривоги і стресу (за DASS-21). Аналіз кореляційної структури дозволяє визначити, які саме психоемоційні компоненти виступають медіаторами впливу травматичного досвіду на формування аутоагресивних тенденцій.

Узагальнені результати парних кореляцій Пірсона подано у таблиці 2.1.3. У ній відображено лінійні зв'язки між показниками для всієї вибірки ($N = 50$).

**Таблиця 2.4. Кореляційна матриця взаємозв'язків основних показників
($N = 50$)**

Показники	IES-R	DASS Депресія	DASS Тривожність	DASS Стрес	BSSI
IES-R	1.00	0.42	0.46	0.49	0.30
DASS Депресія	0.42	1.00	0.57	0.63	0.16
DASS Тривожність	0.46	0.57	1.00	0.69	0.36
DASS Стрес	0.49	0.63	0.69	1.00	0.40
BSSI	0.30	0.16	0.36	0.40	1.00

Як видно з таблиці, між рівнем суїцидального мислення (BSSI) та емоційними компонентами DASS-21 виявлено помірні позитивні кореляції, найвищу з яких виявлено зі стресом ($r = 0.40$; $p < 0.01$) та тривогою ($r = 0.36$; $p < 0.05$). Зв'язок між суїцидальним мисленням і депресією виявився слабшим ($r = 0.16$), що підтверджує припущення, що саме гострі емоційні реакції на стрес, а не хронічна депресія, виступають безпосередніми тригерами суїцидальної поведінки.

Кореляція між IES-R і BSSI ($r = 0.30$) засвідчує, що інтенсивність посттравматичних симптомів прямо пов'язана з рівнем суїцидального мислення. Це свідчить про опосередкований вплив травматичного досвіду на

аутоагресію через активацію стресових і тривожних механізмів. Таким чином, отримані результати підтримують теоретичну модель «травма → емоційна дестабілізація → суїцидальна ідеяція».

Для кращої візуалізації результатів було побудовано діаграму розсіювання (рис. 2.2.1), що демонструє зв'язок між рівнем посттравматичних симптомів (IES-R) та суїцидальним мисленням (BSSI). Лінія регресії відображає помірну пряму залежність: зі зростанням інтенсивності травматичного впливу підвищується рівень аутоагресивних тенденцій.

Візуальний аналіз підтверджує, що в міру зростання балів за IES-R спостерігається тенденція до підвищення суїцидальної ідеяції, хоча розсіювання балів свідчить про наявність посередницьких чинників. Найвищі показники BSSI фіксуються в осіб із поєднанням високих рівнів стресу (DASS-Stress) і тривоги (DASS-Anxiety), що дозволяє розглядати ці стани як ключові афективні ланки між пережитою травмою та формуванням суїцидальних намірів.

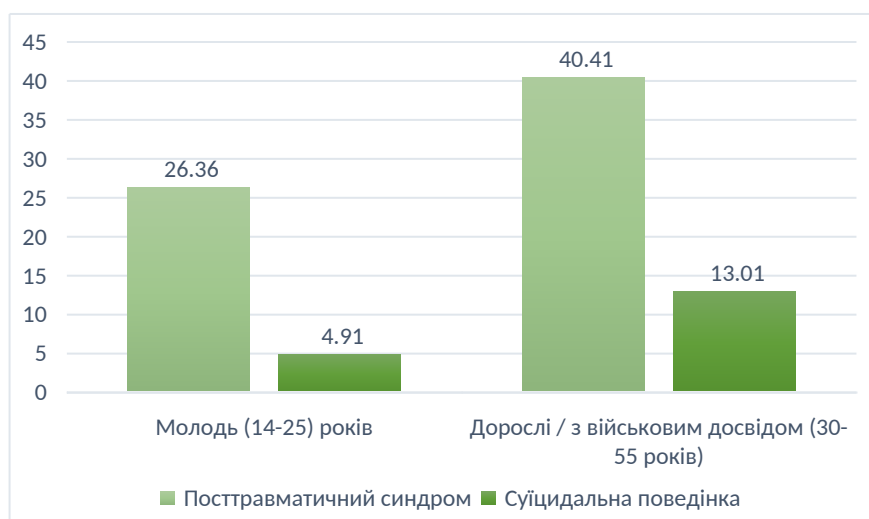


Рис. 2.4. Залежність між інтенсивністю посттравматичних симптомів (IES-R) та рівнем суїцидального мислення (BSSI)

Порівняння кореляційних структур у двох підвибірках показало, що для молоді найбільш тісний зв'язок виявлено між BSSI та депресією ($r = 0.30$), тоді як у дорослих із воєнним досвідом провідними предикторами виступають стрес ($r = 0.32$) і тривога ($r = 0.28$). Це дозволяє припустити, що у молоді аутоагресивні думки формуються переважно на тлі депресивного фону, тоді як у військових – як реакція на хронічне перенапруження та неможливість емоційної розрядки.

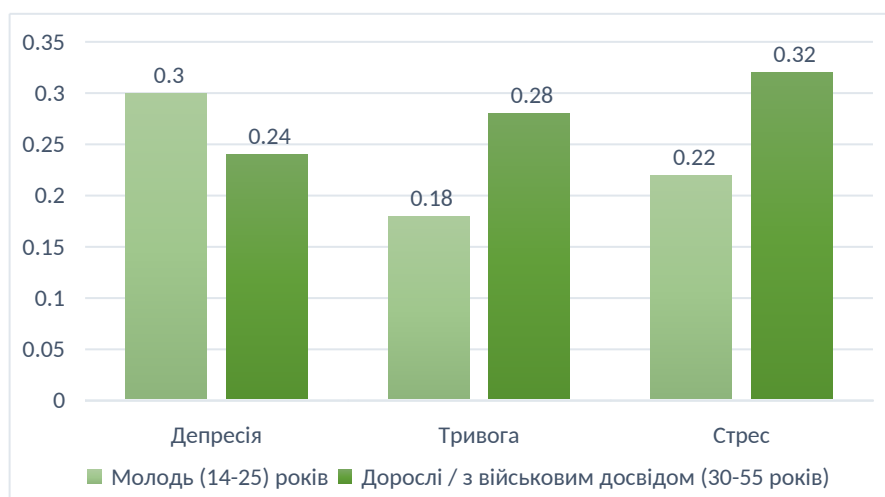


Рис. 2.5. Порівняльна інтенсивність кореляцій між емоційними станами (DASS-21) та суїцидальною ідеацією (BSSI) у групах молоді та дорослих із воєнним досвідом

Побудована діаграма вказує на те, що коефіцієнти кореляції загалом вищі у військовослужбовців, ніж у молоді. Це свідчить про більшу емоційну інтеграцію симптомів: їхні психоемоційні реакції менш диференційовані та легше переростають у самоушкодження. Молоді люди демонструють певний ступінь емоційної пластичності та компенсаторних ресурсів, що знижує ризик переходу від емоційного дистресу до суїцидальної поведінки.

Результати кореляційного аналізу підтвердили гіпотезу про взаємозалежність між посттравматичним досвідом, емоційним дистресом та суїцидальними думками.

Посттравматичні симптоми (IES-R) безпосередньо корелюють із суїцидальними думками (BSSI), але їх вплив опосередковується рівнем тривожності та стресу. Емоційні показники згідно з DASS-21, зокрема тривожність та стрес, мають більший прогностичний потенціал для розвитку тенденцій до самоушкодження, ніж депресія. У дорослих з військовим досвідом суїцидальні думки тісніше пов'язані зі стресом та гіперзбудженням, тоді як у підлітків вони пов'язані з депресивними переживаннями.

Отримані результати підкреслюють необхідність комплексних психокорекційних програм, зосереджених на регулюванні емоційної напруги, розвитку стійкості до стресу та зменшенні тривожності як ключових факторів запобігання суїцидальній поведінці.

2.2. Практичні рекомендації щодо психокорекційної роботи над суїцидальною поведінкою

Результати емпіричного дослідження, в якому використовувалися методи IES-R, BSSI та DASS-21, визначили ключові психоемоційні фактори, що впливають на розвиток суїцидальної поведінки в різних вікових групах. Серед молоді переважають помірні депресивні симптоми ($M = 10,87$), які корелюють із суїцидальними думками ($r = 0,30$). Натомість, серед дорослих з військовим досвідом високий рівень тривожності ($M = 13,81$), стресу ($M = 20,01$) та нав'язливості ($M = 40,41$) є визначальними та пов'язані з вищим рівнем суїцидальних думок ($M = 13,01$).

Кореляційний аналіз підтвердив, що суїцидальні думки у молоді переважно пов'язані з історією депресії, тоді як у дорослих – з травматичним досвідом та стресовими реакціями. У цьому контексті психокорекційна

робота повинна базуватися на диференційованому за віком підході та враховувати інтегративний характер емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів самоушкодження [2, с. 44].

Психокорекційні втручання повинні базуватися на комплексній оцінці психоемоційного стану, виявленні тригерів та стресостійкості, а також розвитку навичок емоційної регуляції та подолання стресу. Згідно з чинними рекомендаціями Європейського товариства психічного здоров'я (2020), ефективними вважаються мультимодальні програми, що включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), методи підвищення стресостійкості та кризові втручання для стабілізації емоційного стану [51, с. 112].

Важливим компонентом профілактики є розвиток навичок розпізнавання та вербалізації власних емоцій, що зменшує поведінку уникнення. Згідно з результатами IES-R, поведінка уникнення є поширеною серед дорослих з травматичним досвідом. Не менш актуальним є розвиток навичок емоційної саморегуляції, які зменшують інтенсивність симптомів гіперзбудження та тривоги, що спостерігаються у старшій віковій групі. Наукові дослідження з 2019 по 2023 рік показують, що систематична робота над цими компонентами значно знижує ризик самогубства в різних вікових групах [47, с. 85].

У молодих людей суїцидальні думки часто виникають через поєднання депресивних симптомів, емоційної нестабільності та дезадаптивних стратегій подолання. Результати DASS-21 показали помірний рівень депресії ($M = 10,87$) та стресу, а також значні, хоча й слабкі, зв'язки між депресивним досвідом та суїцидальними думками. Тому психотерапевтична робота повинна бути спрямована на розробку адаптивних стратегій подолання негативних емоцій та зміцнення самооцінки та соціальної підтримки.

Методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) рекомендуються для вирішення ірраціональних переконань, корекції когнітивних спотворень, типових для підліткового віку, та розробки альтернативних стратегій подолання стресових ситуацій. Нещодавні дослідження українських психологів (2020-2024) демонструють ефективність програм когнітивної реструктуризації у зменшенні думок про самопошкодження у підлітків [1, с. 29].

Методи терапії на основі усвідомленості також ефективні, оскільки вони зменшують румінацію та сприяють емоційній стабільності [45, с. 73]. Оскільки підлітки, хоча й демонструють нижчий рівень нав'язливості, ніж дорослі, часто демонструють виражену емоційну репресію, доцільно включати ресурсно-орієнтовані вправи, спрямовані на зміцнення їхнього почуття компетентності та відновлення мотивації. Психосвіта з розпізнавання криз допомагає підвищити особисту відповідальність за свій психічний стан та зменшити ризиковану поведінку.

Зібрані емпіричні дані вказують на значно вищі рівні посттравматичних симптомів (IES-R: $M = 40,41$), тривожності ($M = 13,81$) та стресу ($M = 20,01$) у дорослих з військовим досвідом. Кореляційний аналіз виявив найсильніший зв'язок між суїцидальними думками та рівнем стресу ($r = 0,32$), а також тривогою ($r = 0,28$). Тому психотерапевтичні втручання повинні бути зосереджені на зменшенні гострих симптомів гіперзбудження, управлінні нав'язливими спогадами та розробці стратегій подолання емоційного перевантаження.

Важливим дослідницьким підходом є застосування когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на травму (TF-CBT), яка довела свою ефективність у роботі з ветеранами та цивільними особами з бойовим досвідом [17, с. 118]. Рекомендації включають стабілізацію стану за допомогою дихальних технік, фізичних вправ, опрацювання флешбеків,

структуровану обробку травматичного досвіду та розробку безпечної моделі поведінки. Зарубіжні дослідження (2021-2023) підтверджують, що регуляція стресу та тривожності відіграє ключову роль у запобіганні суїцидальній поведінці у ветеранів [World Health Organization 3, с. 120].

З огляду на високий ризик самогубства, рекомендуються кризові інтервенції. До них належать розробка плану безпеки, усунення тригерів, обмеження доступу до потенційно самоушкоджувальних засобів та створення мережі соціальної підтримки. Психотерапевтична робота повинна бути довгостроковою та включати елементи екзистенціальної терапії, які сприяють відновленню почуття мети, цінностей та суб'єктивної самоефективності [8, с. 51].

Підсумовуючи, стосовно запропонованих психокорекційних підходів для обох вікових груп, робота з особами, які перебувають у групі ризику самогубства, повинна бути систематичною та тривалою. Мета полягає не лише у зменшенні гострих емоційних симптомів, але й у відновленні фундаментальних механізмів емоційної регуляції, самооцінки та міжособистісної взаємодії. Успіх психокорекційної роботи залежить від здатності практикуючого спеціаліста створити безпечний терапевтичний простір, у якому пацієнт поступово відновлює контроль над своїм життям, розширює своє розуміння можливих реакцій на стресори та вивчає нові поведінкові стратегії, що знижують ризик самоушкодження. Такий підхід дозволяє розробити інтегрований стиль подолання, який не базується на уникненні чи емоційному дистанціюванні.

Важливо наголосити, що ефективна профілактика самогубств передбачає роботу не лише з окремою людиною, а й з її соціальним оточенням. Соціальна підтримка – як формальна (психологи, фахівці з кризової інтервенції, медичні працівники), так і неформальна (сім'я, друзі,

соціальні спільноти) – є ключовим фактором стабілізації емоційного благополуччя та зниження ризику суїцидальних думок. У роботі з молоддю це означає залучення освітніх закладів, впровадження психоосвітніх програм та розвиток емоційного інтелекту. Для дорослих з військовим досвідом вирішальне значення мають програми підтримки ветеранів, групи самопомоги та міждисциплінарні реабілітаційні команди. Складність психокорекційної роботи забезпечує її більшу ефективність та дозволяє адаптувати підхід до особливостей кожної окремої групи.

Тому доцільно зосередити наукові дослідження на розробці диференційованих психокорекційних моделей, які враховують специфічні емоційні та когнітивні реакції різних вікових та соціальних груп у контексті зростаючих викликів, що стоять перед сучасним українським суспільством.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило отримати комплексне уявлення про психологічні чинники суїцидальної поведінки у молоді 14–25 років та дорослих 30–55 років із воєнним досвідом. На основі теоретичного аналізу та емпіричних даних доведено, що суїцидальна ідеація формується на тлі різних психоемоційних механізмів, специфічних для кожної вікової групи. Міжгрупові порівняння показали, що в умовах воєнного стану, тривалий

стрес та інтрузивні спогади суттєво підсилюють аутоагресивні наміри й порушують емоційне функціонування, тоді як у молоді ключову роль відіграють депресивні тенденції, емоційна нестабільність та недостатній рівень зрілих копінг-стратегій.

Емпіричний аналіз за методикою IES-R засвідчив значні міжгрупові відмінності: у молоді середній показник відповідає помірному рівню посттравматичного впливу, тоді як у дорослих із воєнним досвідом зафіксовано високий рівень посттравматичних симптомів із домінуванням інтрузивності та гіперактивації. Ці результати вказують на порушення емоційної стабільності, підвищену вразливість до тригерів та схильність до дезадаптивних реакцій серед учасників старшої групи.

За шкалою BSSI, спрямованою на оцінку суїцидального мислення, молодь продемонструвала низькі показники, що відображає переважно ситуативні, емоційно обумовлені коливання настрою, тоді як у дорослих із воєнним досвідом середній бал був удвічі вищим, що свідчить про стійку присутність суїцидальних думок, амбівалентних переживань і формування небезпечних внутрішніх сценаріїв. Високий рівень суїцидальної ідеації вказує на потребу в кризовій підтримці та структурованих психотерапевтичних втручаннях, що мають враховувати воєнні травми.

Аналіз за шкалою DASS-21 дозволив виявити диференціацію емоційних станів: у молоді зафіксовано помірні рівні депресії, тривоги та стресу, тоді як у дорослих із воєнним досвідом відповідні показники відповідали високому рівню емоційної напруги та виснаження. Домінування тривоги та стресу у старшій групі свідчить про хронічне порушення механізмів саморегуляції та вплив невирішених травматичних переживань.

Кореляційний аналіз підтвердив, що суїцидальне мислення має різну детермінацію у вікових групах. У молоді найсуттєвіший зв'язок виявлено між показниками депресії, що свідчить про емоційне забарвлення аутоагресивних тенденцій. У дорослих вищими були кореляції між суїцидальним мисленням та стресом, тривогою і посттравматичними

симптомами. Це демонструє, що суїцидальність у дорослих значною мірою опосередковується травматичним досвідом, гіперзбудженням та інтенсивністю емоційних реакцій.

Загалом отримані результати показують, що молодь, хоча і характеризується емоційною нестабільністю та депресивними тенденціями, має значно нижчий суїцидальний ризик порівняно з дорослими, які пережили травматичні події. Натомість у старшій групі суїцидальна поведінка формується під впливом багатокomпонентних факторів, поєднання яких включає стрес, тривогу, нав'язливі спогади, порушення адаптації та емоційну виснаженість. Ці відмінності підкреслюють важливість вікової диференціації психокорекційних підходів та необхідність цілеспрямованих програм психологічної допомоги.

Проведене дослідження підтвердило важливість комплексного підходу до оцінки та корекції суїцидальної поведінки, який має враховувати специфіку віку, емоційного профілю та життєвого досвіду респондентів. Емпіричні результати можуть бути використані у практиці психологічного консультування, кризової допомоги, психотерапії, а також під час розроблення профілактичних програм для молоді та осіб, що зазнали впливу бойових дій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко О. Психологічні чинники ризику суїцидальної поведінки серед молоді. Психологічний журнал, 2021. с. 25-33.
2. Гайдук Н. Психічне здоров'я молоді в умовах воєнного стану: ризики та превенція. Актуальні проблеми психології, 2023. с. 40-48.
3. Галицька І., Кліманська М., Перун М. DASS-21 – Шкала депресії, тривожності та стресу Короткий довідник із користування. Кафедра

- психології, Львівський національний університет імені Івана Франка, 2025. URL: <https://start.ua-test.com/pub/files/dass-21-manual.pdf>
4. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: Монографія. Дрогобич: «Коло», 2008. 525 с.
 5. Державна служба статистики України. Природний рух населення України за 2021 рік: статистичний збірник. Київ: Держстат України, 2022. 178 с. URL: <https://ukrstat.gov.ua/>
 6. Етичний кодекс психолога. Український союз психотерапевтів. Львів: УСП, 2017. 18 с.
 7. Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету. Адаптація та використання шкали суїцидального мислення А. Бека (BSSI) в Україні. Львів: УКУ, 2022. 28 с.
 8. Караман О. Екзистенційні кризи та суїцидальність у дорослих: сучасні підходи Психотерапія і консультування, 2020. С. 45-54.
 9. Ковальчук О. М. Аналіз рівнів самогубств в Україні за даними Держстату (2005-2021 рр.). Соціальна психологія і суспільство, 2024. С. 34-46.
 10. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
 11. Корнієнко І. М. Соціально-психологічні чинники аутоагресивної поведінки особистості. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія», 2018. С. 45-52. URL: <https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/10761>
 12. Крупельницька Л., Яценко, Н., Келлер В., Морозова-Ларіна О. The impact of events scale-revised (IES-R): Validation of the Ukrainian version, 2025. URL: <https://ssrn.com/abstract=4732826>
 13. Лебедєв Д. В., Назаров О. О., Тімченко О. В., Христенко В. Є., Шевченко І. О. Психологія суїцидальної поведінки: Посібник. Харків, 2007. 129 с.

14. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 302 від 25.12.2014 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання психіатричної допомоги». Київ: МОЗ України, 2014. 48 с.
15. Москалець В. П. Психологія суїциду: Посібник. К.: Академвидав, 2004. 287 с.
16. Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика. Психодіагностика емоційного вигорання, депресії, тривоги та стресу у військовослужбовців: методичний посібник. Київ: НУОЗУ, 2023. 54 с.
17. Петренко В. Травма-фокусована терапія в роботі з ветеранами: досвід українських психологів. Вісник психологічної допомоги, 2022. С. 112-123.
18. Радіо Свобода. В Україні немає відкритої статистики про суїциди серед військових і ветеранів. 10 вересня 2024 р.
URL: <https://www.radiosvoboda.org>
19. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. К.: Шкільний світ, 2009. 119 с.
20. Романів О. П., Погоріляк К. М. Суїцидальний ризик у пацієнтів з біполярним розладом першого типу у період активного та підтримувального лікування. Архів психіатрії, 2017. С. 114-119.
URL: <https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2022/08/arkhiv-psikhiatrii-2017-2.pdf>
21. Сморочинська А. О., Шебанова В. І. Вплив травмуючих подій на психічний стан військовослужбовців. Херсонський державний університет, 2023. 5 с.
22. Сулицький В. В. Психологія суїцидальної поведінки: навчальний посібник. К.: МП «Леся», 2001. 316 с.
URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/53708>
23. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків: Видавництво Університету внутрішніх справ, 2000. 268 с.

24. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Методичні рекомендації щодо оцінювання суїцидальних ризиків у військовослужбовців і цивільного населення. Львів: УІКПТ, 2023. 31 с.
25. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. Звіт про стан дотримання прав дитини в Україні у 2023 році. Київ: Секретаріат Уповноваженого ВРУ з прав людини, 2023. 112 с.
URL: <https://ombudsman.gov.ua>
26. Федоренко Р. П. Психологія суїциду: навчальний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 492 с.
27. Beck A. T. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version: Psychol, 1988. Vol. 44. P. 499-505.
28. Bostwick J. M., Pabbati C., Geske J. R., McKean A. J. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. American Journal of Psychiatry, 2021. 173(11). P. 1094-1100.
29. Burbach L. et al. Randomized trial – web-based EMDR and suicidal ideation outcomes. Frontiers in Psychiatry, 2024. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2024.1361086/full>
30. Cha C. B., Franz P. J., M. Guzmán E., Glenn C. R., Kleiman E. M., Nock M. K. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2018. 59 (4), 460-482.
31. Colucci E., Lester D. Suicide and culture: Understanding the context. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing, 2023.
32. Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. PMC, 2008. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2869349/>
33. Durkheim E. Suicide: A Study in Sociology. Le Suicide: Étude de sociologie. London: Routledge and Kegan Paul, 1952. 404 с.
URL: <https://nla.gov.au/nla.cat-vn2329509>

34. Edwin S. Shneidman. Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc., 1993. 258 c.
35. Freud S. Jenseits des Lustprinzips. Leipzig; Vienna; Zurich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1920. 72 S.
36. Freud S. Trauer und Melancholie. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und im Gesamten Seelenleben, 1917. Bd. 4, H. 6. S. 288-301.
37. Jannini T. B. et al. Complex PTSD and suicide risk: comparative analyses, 2023. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395623003849>)
38. Jaspers K. Philosophie der Existenz. Berlin: Julius Springer Verlag, 1938. 384 s.
39. Lindemann, E. Symptomatology and Management of Acute Grief. American Journal of Psychiatry, 1944. Vol. 101, No. 2. P. 141-148. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8192191/>
40. Lindemann, E. Beyond Grief: Studies in Crisis Intervention. New York: Jason Aronson, 1979. 274 p. URL: <https://archive.org/details/beyondgriefstudi0000lind>
41. Lovibond, S. H., Lovibond, P. F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation of Australia, 1995. 42 p.
42. Martsenkovskyi D. et al. Mental health in Ukraine, 2024. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10988158/>
43. Norman L. Farberow N. Some comparisons between genuine and simulated suicide notes. Journal of General Psychology, 1957. P. 251-256.
44. Procter N. et al. The impact of trauma-informed suicide prevention: a review, 2023. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.13048>)
45. Reyes G. Mindfulness-Based Interventions for Suicide Prevention: A Systematic Review. Journal of Clinical Psychology, 2021. P. 65-80.
46. Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. National library of Medicine, 2021. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33190111/>

47. Thomas E. Trauma, Stress and Suicidality: A Meta-Analysis of Risk Factors. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. P. 80-92.
48. Weiss D. S., Marmar C. R. *The Impact of Event Scale-Revised. Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook*. Guilford Press, 1997. pp. 35-52.
49. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements*. Geneva: World Health Organization, 2022. URL: <https://icd.who.int>
50. World Health Organization; World Bank. Suicide mortality rate (per 100,000 population), Ukraine, 2019-2022. URL: <https://www.macrotrends.net/countries/UKR/ukraine/suicide-rate>
51. World Health Organization. *Suicide prevention in stressful contexts*. Geneva: WHO Press, 2022. 145 p.
52. Xie M. et al. Childhood trauma and suicide risk in hospitalized patients. *National library of Medicine*, 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10551446/>