

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ  
УКРАЇНКИ  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ  
Кафедра практичної психології та психодіагностики**

На правах рукопису

**ЄЗЕРСЬКА АННА ОЛЕКСАНДРІВНА**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ  
ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ**

Спеціальність: 053 «Психологія»  
Освітньо-професійна програма «Практична психологія (психологічне  
консультування та психотерапія)»  
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:  
**ФЕДОРЕНКО РАЇСА ПЕТРІВНА**  
Кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри практичної  
психології та психодіагностики

**РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ**

Протокол №

засідання кафедри практичної психології та психодіагностики

від \_\_\_\_\_ 2024 р.

Завідувач кафедри

Прізвище, ініціали \_\_\_\_\_

ЛУЦЬК – 2024

**Волинський національний університет імені Лесі Українки**

Факультет психології

Кафедра практичної психології та психодіагностики

Освітній ступінь магістр

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія (психологічне консультування та психотерапія)»

**ЗАТВЕРДЖУЮ****Завідувач кафедри**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 року

**ЗАВДАННЯ НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЄКТ)  
ЗДОБУВАЧУ ОСВІТИ**Єзерській Анні Олександрівні

1. Тема роботи (проєкту): **«Психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих: гендерний аспект»**

Керівник роботи (проєкту): Федоренко Раїса Петрівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики

2. Строк подання здобувачем роботи (проєкту): 10.11.2024

3. Мета та завдання випускної кваліфікаційної роботи (проєкту) полягають у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих з урахуванням гендерного аспекту та розробці відповідної психокорекційної програми профілактики.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення суїцидальної поведінки особистості.
2. Визначити психологічні чинники та детермінанти суїцидальної поведінки у дорослому віці.
3. Дослідити гендерні відмінності у проявах суїцидальної поведінки.

4. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих чоловіків і жінок.
5. Здійснити порівняльний аналіз гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих.
6. Розробити психокорекційну програму профілактики суїцидальної поведінки дорослих з урахуванням гендерного аспекту.

4. Дата видачі завдання: 15.10.2023

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проєкту)	Строк виконання етапів роботи (проєкту)	Примітка
1	На першому етапі дослідження, на основі попереднього знайомства з проблемою та результатів попереднього її вивчення, основна увага була зосереджена на виборі напряму дослідження, опрацюванні мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації.	15.12.2023- 20.01.2024	
2	Другий етап дослідження був присвячений вивченню проблеми суїцидальної поведінки. Цей етап передбачав аналіз теоретичних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів з проблем дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих. Проаналізовано основні концепції та підходи до розкриття особливостей суїцидальної поведінки у психологічній науці.	10.02.2024- 03.03.2024	

	Було визначено та проаналізовано основні погляди науковців на окреслений феномен, визначено категорійно-понятійний апарат досліджуваної проблеми, окреслені перспективи її подальшого вивчення.		
3	Протягом третього етапу дослідження було проведено емпірико-діагностичне дослідження. Цей етап включав у себе підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику респондентів. Відомості, отримані відповідно до заповнених респондентами анкет, були використані для подальшого їх статистичного аналізу. Інтерпретація результатів та висновки за темою дослідження представлені у вигляді таблиць.	15.04.2024- 10.06.2024	
4	Четвертий етап дослідження передбачав проведення порівняльного аналізу гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих та розробку психокорекційної програми профілактики суїцидальної поведінки з урахуванням гендерного аспекту.	15.06.2024- 10.08.2024	
5	На основі теоретичного опрацювання наукових джерел, проведеного емпіричного дослідження та аналізу результатів провести висновки та узагальнення.	11.08.2024- 28.08.2024	

6	Остаточне оформлення роботи	3.11.2024	–	
		29.11.2024		

**Здобувач освіти** \_\_\_\_\_

**Єзерська А.О.**

**Керівник роботи** \_\_\_\_\_

**Федоренко Р.П.**

## **АНОТАЦІЯ**

*Єзерська А.О. Психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих: гендерний аспект. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

*Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053«Психологія» – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.*

У магістерській роботі досліджено психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих з урахуванням гендерного аспекту. Теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено відмінності у проявах, чинниках та механізмах формування суїцидальної поведінки у чоловіків і жінок.

На основі теоретичного аналізу систематизовано сучасні підходи до розуміння суїцидальної поведінки, визначено її основні форми та детермінанти. Виявлено, що суїцидальна поведінка є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, при цьому їх вплив має виражену гендерну специфіку.

В результаті емпіричного дослідження, проведеного на вибірці зі 100 осіб (50 чоловіків та 50 жінок) віком від 25 до 55 років, встановлено значущі гендерні відмінності у проявах суїцидальної поведінки. Виявлено, що жінки демонструють вищі показники за шкалами демонстративності, афективності та песимістичного сприйняття майбутнього, мають вищі рівні депресії та безнадійності, частіше використовують емоційно-орієнтовані копінг-стратегії. Чоловіки характеризуються вищими показниками соціального песимізму та неспроможності, демонструють вищу життєстійкість, надають перевагу проблемно-орієнтованим копінг-стратегіям.

Встановлено відмінності у мотивах та методах суїцидальних спроб: чоловіки частіше вказують на бажання померти і використовують більш летальні методи, тоді як жінки частіше прагнуть отримати допомогу або змінити ситуацію. Виявлено специфіку впливу різних життєвих стресорів на

суїцидальну поведінку: втрата роботи має більший вплив на чоловіків, тоді як розлучення сильніше впливає на жінок.

На основі отриманих результатів розроблено гендерно-специфічну психокорекційну програму профілактики суїцидальної поведінки дорослих, яка враховує виявлені особливості та спрямована на розвиток адаптивних копінг-стратегій, підвищення життєстійкості та покращення соціально-психологічної адаптації.

*Ключові слова:* суїцидальна поведінка, гендерні відмінності, копінг-стратегії, життєстійкість, профілактика суїциду, психокорекційна програма.

## SUMMARY

Yezerska A.O. *Psychological Characteristics of Suicidal Behavior in Adults: A Gender Perspective.* - Qualification research paper on manuscript rights.

Graduation qualification work for obtaining the Master's degree in specialty 053 «Psychology» - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024

The master's thesis investigates the psychological characteristics of suicidal behavior in adults, taking into account the gender aspect. The differences in manifestations, factors, and mechanisms of suicidal behavior formation in men and women have been theoretically substantiated and empirically investigated.

Based on theoretical analysis, modern approaches to understanding suicidal behavior have been systematized, and its main forms and determinants have been identified. It has been revealed that suicidal behavior results from a complex interaction of biological, psychological, and social factors, with their influence having pronounced gender specificity.

The empirical study, conducted on a sample of 100 people (50 men and 50 women) aged 25 to 55 years, established significant gender differences in manifestations of suicidal behavior. Women showed higher scores on scales of demonstrativeness, affectivity, and pessimistic perception of the future, higher levels of depression and hopelessness, and more frequent use of emotion-focused coping strategies. Men were characterized by higher indicators of social pessimism and

inability, demonstrated higher resilience, and preferred problem-focused coping strategies.

Differences in motives and methods of suicide attempts were established: men more often indicated a desire to die and used more lethal methods, while women more often sought help or aimed to change their situation. The specificity of various life stressors' impact on suicidal behavior was revealed: job loss had a greater impact on men, while divorce had a stronger effect on women.

Based on the obtained results, a gender-specific psychocorrectional program for the prevention of suicidal behavior in adults was developed, taking into account the identified features and aimed at developing adaptive coping strategies, increasing resilience, and improving social and psychological adaptation.

**Keywords:** suicidal behavior, gender differences, coping strategies, resilience, suicide prevention, psychocorrectional program.



## ЗМІСТ

ВСТУП .....	10
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ .....	12
1.1. Поняття та види суїцидальної поведінки особистості .....	12
1.2. Психологічні чинники та детермінанти суїцидальної поведінки у дорослому віці .....	14
1.3. Гендерні відмінності у проявах суїцидальної поведінки.....	17
Висновки до розділу 1 .....	20
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК.....	22
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження.....	22
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у чоловіків .....	26
2.3. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у жінок .....	35
2.4. Порівняльний аналіз гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих.....	43
Висновки до розділу 2 .....	52
РОЗДІЛ 3 ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ .....	54
3.1. Мета, завдання та структура психокорекційної програми .....	54
3.2. Зміст психокорекційної роботи з чоловіками, схильними до суїцидальної поведінки.....	56
3.3. Зміст психокорекційної роботи з жінками, схильними до суїцидальної поведінки.....	58
Висновки до розділу 3 .....	61
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	65
ДОДАТКИ.....	72

## ВСТУП

**Актуальність теми** дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих зумовлена зростанням кількості самогубств у сучасному суспільстві та необхідністю розробки ефективних стратегій профілактики цього явища. Суїцидальна поведінка є складним феноменом, що потребує комплексного вивчення з урахуванням психологічних, соціальних та гендерних аспектів. Незважаючи на наявність значної кількості досліджень у цій галузі, питання гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих залишається недостатньо вивченим.

**Об'єктом дослідження** є суїцидальна поведінка особистості.

**Предметом дослідження** виступають психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих чоловіків і жінок.

**Мета дослідження** полягає у виявленні психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих з урахуванням гендерного аспекту та розробці відповідної психокорекційної програми профілактики.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення суїцидальної поведінки особистості.
2. Визначити психологічні чинники та детермінанти суїцидальної поведінки у дорослому віці.
3. Дослідити гендерні відмінності у проявах суїцидальної поведінки.
4. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих чоловіків і жінок.
5. Здійснити порівняльний аналіз гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих.
6. Розробити психокорекційну програму профілактики суїцидальної поведінки дорослих з урахуванням гендерного аспекту.

**Теоретико-методологічну** основу дослідження складають концепції суїцидальної поведінки (Е. Дюркгейм, Е. Шнейдман, Н. Фарбероу), теорії

кризових станів особистості (Е. Ліндемманн, К. Ясперс), гендерні теорії (С. Бем, Ш. Берн), а також роботи українських дослідників у галузі суїцидології (Я. О. Гошовський, Р.П Федоренко, О. Романів, В. Сулицький, І. Рибалка).

**Методи дослідження** включають теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення) та емпіричні (спостереження, бесіда, тестування, анкетування) методи. Для обробки отриманих даних використовувались методи математичної статистики.

**База дослідження:** дослідження проводилось шляхом онлайн-опитування. Вибірку склали 100 осіб віком від 25 до 55 років, з них 50 чоловіків та 50 жінок.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає у можливості використання розробленої психокорекційної програми профілактики суїцидальної поведінки дорослих у роботі психологічних служб, кризових центрів та консультативних установ. Результати дослідження можуть бути використані при розробці навчальних курсів з кризової психології та суїцидології для студентів-психологів.

**Результати дослідження** були представлені у статті "Гендерні особливості суїцидальної поведінки дорослих: емпіричне дослідження"/*Психологічні студії*. Видавничий дім «Гельветика», 2024. № 3. С. 63-68.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ

#### 1.1. Поняття та види суїцидальної поведінки особистості

Суїцидальна поведінка є однією з найбільш гострих проблем сучасного суспільства. Вона являє собою свідомі дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя. Самогубство як крайній прояв суїцидальної поведінки є актом навмисного самоушкодження зі смертельним результатом [21].

У психологічній науці існує декілька підходів до розуміння суїцидальної поведінки. Згідно з соціокультурним підходом, основну роль у виникненні суїцидальних тенденцій відіграють особливості соціального середовища та культурні традиції. Психодинамічний підхід трактує суїцид як наслідок внутрішніх психологічних конфліктів. Екзистенційно-гуманістичний напрямок розглядає суїцидальну поведінку як результат втрати сенсу життя та екзистенційного вакууму [41].

Дослідники виділяють різні форми суїцидальної поведінки. Зокрема, В.П. Москалець виокремлює такі її види:

1. Демонстративна суїцидальна поведінка – дії, спрямовані на привернення уваги оточуючих, без справжнього наміру покінчити з життям.
2. Афективна суїцидальна поведінка – спроби самогубства, здійснені на піку сильних негативних емоцій (гніву, образи, розпачу тощо).
3. Істинна суїцидальна поведінка – продуманий, ретельно спланований акт самогубства з метою розв'язання нестерпних життєвих проблем [14].

За критерієм тривалості формування суїцидальних намірів Р.П. Федоренко виділяє гострі (короткочасні імпульсивні) та хронічні (тривалі,

обдумані) суїцидальні тенденції. За ступенем усвідомленості розрізняють усвідомлений суїцид (самогубство) та неусвідомлений (парасуїцид).

Особливої уваги заслуговує прихована суїцидальна поведінка, коли людина свідомо наражає себе на небезпеку, провокує ризиковані для життя ситуації, однак прямо не говорить про бажання померти. До таких дій відносять зловживання психоактивними речовинами, невиправдану схильність до небезпечних розваг, ризиковану поведінку на дорозі тощо.

Суїцидальна поведінка є складним багатоаспектним феноменом, який включає різноманітні види проявів – від суїцидальних думок до завершених самогубств. При цьому вона зумовлюється комплексом біологічних, психологічних та соціальних чинників і є результатом складної взаємодії особистості та середовища [37].

Серед психологічних факторів, що сприяють формуванню суїцидальних тенденцій, виділяють депресивні та тривожні розлади, низьку самооцінку, песимістичне сприйняття майбутнього, дефіцит соціальної підтримки, переживання самотності та безпорадності. Важливу роль відіграють також особливості характеру – імпульсивність, емоційна нестійкість, максималізм, невміння долати труднощі [42].

До соціально-психологічних чинників суїцидальної поведінки відносять сімейні конфлікти, насильство, втрату близьких, фінансові проблеми, професійні невдачі, соціальну ізоляцію. Відчуття безвиході та неможливості вплинути на ситуацію підштовхують людину до крайніх заходів.

Ризик суїциду зростає при наявності психічних розладів, особливо при депресії, біполярному афективному розладі, алкогольній та наркотичній залежності, розладах особистості. Проблеми здоров'я, невиліковні захворювання також можуть ставати причиною суїцидальних намірів [36].

Суїцидальна поведінка є результатом складної взаємодії цілого комплексу біопсихосоціальних факторів. Її розвиток проходить певні етапи – від початкових суїцидальних думок, через суїцидальні тенденції та наміри до суїцидальних спроб та завершеного суїциду. При цьому на кожному етапі

можливі превентивні заходи, спрямовані на попередження суїцидальних дій [45].

Отже, своєчасне виявлення осіб із суїцидальним ризиком та надання їм комплексної кваліфікованої допомоги є надзвичайно важливим завданням у системі суїцидальної превенції. Психологічне консультування, кризова інтервенція, психотерапевтична підтримка сприяють зниженню гостроти психологічного болю, знаходженню внутрішніх та зовнішніх ресурсів для подолання складних життєвих обставин, посиленню антисуїцидальних факторів.

Таким чином, проблема суїцидальної поведінки є вкрай актуальною та потребує комплексного міждисциплінарного підходу. Глибоке розуміння різних аспектів цього феномену, знання факторів ризику та антисуїцидальних чинників, вміння вчасно розпізнавати суїцидальні тенденції є необхідною складовою професійної компетентності психолога. Це дозволить ефективно здійснювати психодіагностичну, профілактичну та психокорекційну роботу з метою запобігання суїцидальної поведінки та збереження психічного здоров'я та благополуччя людини.

## **1.2. Психологічні чинники та детермінанти суїцидальної поведінки у дорослому віці**

Суїцидальна поведінка у дорослих є результатом складної взаємодії цілого комплексу біологічних, психологічних та соціальних факторів. Серед основних психологічних детермінант, що можуть спричинити суїцидальні тенденції, виділяють депресивні та тривожні розлади, низьку самооцінку, песимістичне сприйняття майбутнього, дефіцит соціальної підтримки, переживання самотності та безпорадності [39].

Депресія є одним із найбільш вагомих факторів суїцидального ризику. Глибокі депресивні стани супроводжуються вираженим зниженням настрою, ангедонією, почуттям провини, безнадійності, песимістичною оцінкою себе та

свого майбутнього. Людина може сприймати самогубство як єдиний спосіб полегшити страждання та припинити "нестерпний душевний біль [27].

Тривожні розлади, зокрема генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціофобія також підвищують ризик суїциду. Страх, постійне занепокоєння, очікування небезпеки, вегетативні симптоми виснажують адаптаційні ресурси організму. Неможливість контролювати симптоми тривоги, уникнути психотравмуючих ситуацій можуть викликати суїцидальні думки як спосіб втечі від нестерпної психічної напруги.

Низька самооцінка та негативна Я-концепція є вагомими психологічними предикторами суїцидальності. Знецінення себе, відчуття власної нікчемності, беспорядності та меншовартості руйнують віру людини у власну спроможність долати життєві труднощі. Крайній ступінь самознецінення та самовідрази може спричинити суїцидальну поведінку як своєрідну спробу самопокарання [44].

Песимістичне сприйняття майбутнього, почуття безнадійності та безвиході є типовими для осіб з високим суїцидальним ризиком. В їх когнітивних схемах домінують думки про неможливість позитивних змін, переконаність у нездатності контролювати власне життя. Негативні очікування від майбутнього, відсутність життєвих цілей та смислів позбавляють людину бажання жити [32].

Дефіцит соціальної підтримки, самотність, ізольованість, відсутність довірливих стосунків також є вагомими суїцидогенними факторами. Людина, позбавлена емоційної підтримки, розуміння, відчуття прийняття та любові, стає більш вразливою до психотравмуючих впливів. Недостатня інтегрованість у соціальні зв'язки посилює переживання беспорядності та незахищеності перед життєвими труднощами.

До психологічних факторів суїцидальної поведінки відносять також особливості характеру – імпульсивність, емоційну нестійкість, надмірний максималізм. Імпульсивність проявляється у нездатності до самоконтролю, нестриманості, прийнятті спонтанних рішень без оцінки наслідків. Емоційна

нестійкість виражається у різких змінах настрою, сильних емоційних реакціях на незначні стресори [38].

Інтолерантність до фрустрації, нездатність адаптивно долати життєві труднощі та стреси також збільшує ризик аутоагресивної поведінки. Низький фрустраційний поріг, нетерпимість до фізичного та психічного дискомфорту, не вміння відтермінувати задоволення потреб провокують імпульсивні суїцидальні реакції при виникненні психотравмуючих ситуацій.

Серед психологічних чинників суїцидальності також виділяють дезадаптивні копінг-стратегії. Переважання уникаючих та захисних стратегій подолання, сфокусованість на емоціях, а не на проблемі, звинувачувальна позиція щодо оточення заважають конструктивному вирішенню життєвих труднощів. Невміння адаптивно справлятися зі стресом штовхає людину до імпульсивно-агресивних дій, в тому числі аутоагресії [26].

До соціально-психологічних детермінант суїцидальної поведінки у дорослих відносять професійні та фінансові проблеми, втрату роботи, сімейні конфлікти, розлучення, втрату близьких, насильство, соціальну ізоляцію. Переживання нездатності виконувати звичні соціальні ролі, втрата соціального статусу та фінансової стабільності значно підвищують суїцидальні ризики.

Руйнація значимих міжособистісних стосунків через сімейні конфлікти, розлучення, зраду, втрату коханої людини нерідко стає безпосереднім тригером суїцидальної поведінки. Втрата найважливішого джерела емоційної підтримки та розуміння, почуття покинутості та зраженості викликають сильний душевний біль, впоратися з яким самостійно людина не здатна [33].

Насильство, особливо пережите у дитячому віці, також є потужним фактором суїцидального ризику у дорослих. Фізичне, психологічне, сексуальне насильство руйнує базове почуття безпеки та довіри до світу, породжує зневіру у собі та оточуючих. Наслідками насильства часто стають посттравматичний стресовий розлад, депресія, низька самооцінка, що в свою чергу підвищують імовірність суїциду.



Соціальна ізоляція, самотність, відчуття "непотрібності" та "тягаря" для близьких є важливими суїцидогенними факторами у людей похилого віку. Вихід на пенсію, втрата соціальних зв'язків, незадоволеність спілкуванням, відсутність життєвих цілей та перспектив нерідко призводять до екзистенційного вакууму та втрати сенсу життя.

Слід зазначити, що ризик суїциду значно зростає при поєднанні декількох факторів, наприклад, при коморбідності депресії та залежності від психоактивних речовин, при одночасному впливі соціально-психологічних стресорів та особистісної вразливості. Важливо також враховувати культурні та гендерні особливості – у деяких культурах суїцид вважається "почесним виходом" із ганебної ситуації, а чоловіки частіше реалізують суїцидальні наміри через вибір більш летальних способів [30].

Отже, суїцидальна поведінка дорослих детермінується складним комплексом психологічних та соціально-психологічних чинників. Найбільш значимими є депресія, самотність, низька самооцінка, нездатність долати стрес, дезадаптивні особистісні риси, дефіцит соціальної підтримки, сімейні та професійні проблеми. Своєчасне виявлення та корекція суїцидогенних факторів, посилення антисуїцидальних ресурсів особистості є важливим завданням суїцидальної профілактики.

### **1.3. Гендерні відмінності у проявах суїцидальної поведінки**

Суїцидальна поведінка має виражені гендерні особливості, які проявляються як у поширеності та частоті суїцидальних спроб і самогубств, так і в особливостях їх перебігу, способах здійснення, факторах ризику. Розуміння цих відмінностей є важливим для розробки ефективних профілактичних та терапевтичних стратегій [23].

Епідеміологічні дослідження свідчать, що чоловіки значно частіше здійснюють завершені суїциди порівняно з жінками. Співвідношення рівня самогубств між чоловіками та жінками в середньому складає 3-4:1 і може

варіюватися в різних країнах. Тобто на кожну жінку, яка померла внаслідок суїциду, припадає 3-4 чоловіки. При цьому жінки значно частіше здійснюють суїцидальні спроби – їх кількість в 3-4 рази перевищує число спроб серед чоловіків [22].

Ця різниця пов'язана з тим, що чоловіки зазвичай обирають більш летальні способи самогубства (вогнепальна зброя, повішення, падіння з висоти тощо), тоді як жінки надають перевагу "м'яким" способам (передозування медикаментами, отруєння). Чоловіки також рідше повідомляють про свої суїцидальні наміри, що зменшує можливість втручання та порятунку [27].

Гендерні особливості суїцидальної поведінки зумовлені цілою низкою біологічних, психологічних та соціальних факторів. На біологічному рівні має значення різниця у функціонуванні нейромедіаторних систем мозку, зокрема серотонінергічної, яка відіграє ключову роль у регуляції афекту, контролі імпульсів та суїцидальності. У чоловіків частіше виявляють зниження рівня серотоніну та його метаболітів, що корелює з підвищеними показниками агресії та імпульсивності.

Серед психологічних чинників, що пояснюють гендерний розрив у суїцидальній поведінці, розглядають відмінності в копінг-стратегіях та способах регуляції емоцій. Для жінок більш характерне звернення за соціальною підтримкою, експресивне вираження почуттів, румінація. Чоловіки ж частіше вдаються до уникнення та придушення емоцій, використовують інструментальні копінг-стратегії, зловживають алкоголем.

Традиційні гендерні ролі та стереотипи також впливають на прояви суїцидальності. Для багатьох чоловіків характерні труднощі у вербалізації своїх емоційних проблем, установка на те, що "чоловіки не плачуть", переживання сорому та слабкості при зверненні за допомогою. Це перешкоджає своєчасному виявленню депресивного стану та суїцидального ризику [39].

Серед жінок частіше зустрічається так званий "ключ про допомогу" - використання суїцидальної поведінки як способу привернути увагу до своїх проблем, викликати співчуття та підтримку оточуючих. Парасуїцид нерідко

стає "звичним" патерном реагування на стресові ситуації, особливо у жінок з межовим розладом особистості [44].

Гендерна специфіка стосується також вікових особливостей суїцидальної поведінки. Пік суїцидальної активності чоловіків припадає на більш старший вік (після 45 років), що пов'язується зі специфічними проблемами цього періоду - кризою середнього віку, підвищеними професійними та фінансовими стресами, алкоголізацією тощо. У жінок найвищий рівень самогубств реєструють у віці 45-60 років, що відповідає періоду інволюційних гормональних змін.

Серед соціальних факторів суїцидального ризику у чоловіків виділяють безробіття, фінансову скруту, розлучення, самотнє проживання. Для жінок більш суттєвими предикторами є проблеми у сімейних стосунках, насильство з боку партнера, самотнє материнство [9].

Отже, гендерні відмінності суїцидальної поведінки є комплексним феноменом, детермінованим взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників. Чоловіки характеризуються вищою летальністю суїцидальних дій, перевагою "жорстких" способів самогубства, схильністю до імпульсивно-агресивних реакцій, уникненням звернення за допомогою. Жіноча суїцидальність частіше проявляється парасуїцидами, має демонстративно-афективний характер, пов'язана з дефіцитом соціальної підтримки.

Ефективні профілактичні заходи повинні враховувати ці гендерні особливості. Для чоловіків важливим є подолання традиційних стереотипів "маскулінності", що перешкоджають відкритому вираженню емоцій та отриманню допомоги. Просвітницькі кампанії мають бути спрямовані на прийняття власної вразливості та розвиток адаптивних способів емоційної регуляції. Необхідним є також посилення контролю за обігом вогнепальної зброї та зменшення її доступності [48].

Профілактика жіночих суїцидів передбачає підвищення доступності служб психологічної допомоги, особливо для жінок з досвідом насильства, самотніх матерів. Корисними є також програми з розвитку життєвих навичок та стресостійкості, оволодіння ефективними стратегіями вирішення проблем.

У психотерапевтичній роботі з суїцидальними клієнтами важливо враховувати гендерні особливості переживання кризи, характерні способи когнітивної та емоційної переробки стресових ситуацій. Для чоловіків більш прийнятними можуть бути активно-директивні методи з акцентом на вирішенні проблем. Для жінок ефективнішими часто є підтримувальні емпатійні інтервенції, робота з самооцінкою та образом "Я" [40].

Таким чином, проблема суїцидальної поведінки потребує гендерно-сенситивного підходу на всіх рівнях - від теоретичного аналізу до розробки практичних профілактичних та терапевтичних програм. Лише з урахуванням специфічних для чоловіків та жінок факторів суїцидального ризику та антисуїцидальних чинників можливою є побудова справді ефективної системи превенції аутодеструктивної поведінки.

## **Висновки до розділу 1**

Проведений теоретичний аналіз проблеми суїцидальної поведінки дозволяє зробити наступні висновки.

Суїцидальна поведінка є складним багатоаспектним феноменом, який включає різноманітні форми аутоагресивних проявів - від суїцидальних думок до завершених самогубств. Вона зумовлюється комплексною взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників і є результатом порушення адаптації особистості до несприятливих умов середовища.

У психологічній науці існує декілька підходів до розуміння суїцидальної поведінки - соціологічний, психодинамічний, когнітивний, екзистенційно-гуманістичний тощо. Кожен з них розглядає певні аспекти проблеми, визначає специфічні детермінанти та механізми формування суїцидальних тенденцій.

Основними психологічними факторами суїцидального ризику у дорослих є депресивні та тривожні розлади, низька самооцінка, переживання безнадійності та самотності, дефіцит соціальної підтримки, дезадаптивні

особистісні риси (імпульсивність, емоційна нестійкість). Важливу роль відіграють також актуальні психотравмуючі ситуації - міжособистісні конфлікти, втрати, професійні та фінансові проблеми тощо.

Суїцидальна поведінка має виражену гендерну специфіку. Чоловіки характеризуються більш високим рівнем завершених суїцидів та вибором "жорстких" способів самогубства. Жінки значно частіше здійснюють суїцидальні спроби, використовуючи "м'які" способи. Ці відмінності зумовлені цілою низкою біологічних, психологічних та соціально-рольових детермінант.

Для ефективної профілактики та подолання суїцидальної поведінки необхідним є комплексний міждисциплінарний підхід, що передбачає взаємодію медичних, соціальних, психологічних служб. Важливими напрямками превентивної роботи є рання діагностика та корекція депресивних станів, обмеження доступу до засобів суїциду, робота з групами ризику, підвищення обізнаності населення щодо проблеми самогубств.

У психологічному консультуванні та психотерапії суїцидальних клієнтів необхідно враховувати індивідуальну структуру суїцидального ризику, гендерні особливості переживання кризи, рівень психологічних захистів. Корисними є кризове консультування, когнітивно-поведінкова терапія, діалектична поведінкова терапія, терапія вирішення проблем тощо.

Отже, теоретичний аналіз проблеми суїцидальної поведінки засвідчив її надзвичайну актуальність та практичну значущість. Розуміння психологічних механізмів та детермінант суїцидальності, врахування гендерної специфіки, володіння ефективними стратегіями оцінки ризику та втручання є необхідними компетентностями сучасного психолога. Лише на основі інтеграції сучасних наукових даних та практичного досвіду можлива розробка дієвих профілактичних та психокорекційних програм, спрямованих на збереження життя та подолання психологічних проблем суїцидальних осіб.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРОСЛИХ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

#### 2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих чоловіків і жінок проводилось у період 2024 року шляхом онлайн опитування. Дослідження здійснювалось у кілька етапів:

1. Підготовчий етап:

- аналіз наукової літератури з проблеми суїцидальної поведінки
- визначення методологічної бази дослідження
- підбір психодіагностичного інструментарію
- формування вибірки досліджуваних через соціальні мережі та онлайн-спільноти

2. Діагностичний етап:

- проведення онлайн-опитування
- збір емпіричних даних

3. Аналітичний етап:

- обробка та аналіз отриманих результатів
- формулювання висновків

У дослідженні взяли участь 100 осіб віком від 25 до 55 років, з них 50 чоловіків та 50 жінок. Середній вік досліджуваних склав 39,7 років. Вибірка формувалася методом рандомізації з числа добровольців.

Для забезпечення репрезентативності вибірки та можливості проведення порівняльного аналізу, було дотримано рівномірний розподіл досліджуваних за статтю та віковими групами:

- 25-35 років: 30 осіб (15 чоловіків, 15 жінок)
- 36-45 років: 40 осіб (20 чоловіків, 20 жінок)
- 46-55 років: 30 осіб (15 чоловіків, 15 жінок)

Дослідження проводилось з дотриманням етичних норм та принципів психологічного дослідження, зокрема добровільності, анонімності та конфіденційності. Усі учасники були проінформовані про мету дослідження та дали письмову згоду на участь.

Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс методів дослідження:

1. Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукової літератури з проблеми суїцидальної поведінки.

2. Емпіричні методи:

а) Психодіагностичні методики:

- опитувальник суїцидального ризику (ОСР)
- шкала безнадійності А. Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS)
- шкала депресії А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II)
- опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики Дерогатіса (SCL-90-R)
- тест життєстійкості С. Мадді
- опитувальник копінг-стратегій COPE
- методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд

б) Анкетування: авторська анкета для збору соціально-демографічних даних та виявлення факторів ризику суїцидальної поведінки

в) Структуроване інтерв'ю для оцінки суїцидальних намірів та поведінки

3. Методи математичної статистики:

- описова статистика (середні значення, стандартні відхилення)
- кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона)
- t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок
- однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA)
- факторний аналіз
- регресійний аналіз

Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмного пакету SPSS Statistics 26.0.

Обґрунтування вибору методик:

1. Опитувальник суїцидального ризику (ОСР) (модифікація Т.Н. Разуваєвої) дозволяє виявити рівень сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних спроб самогубства. Методика включає 29 тверджень, згрупованих у 9 шкал: демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, часова перспектива, антисуїцидальний фактор [14].
2. Шкала безнадійності А. Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS) вимірює вираженість негативного ставлення до суб'єктивного майбутнього. Методика складається з 20 тверджень, які оцінюються за дихотомічною шкалою. Високі показники за цією шкалою корелюють з підвищеним ризиком суїциду
3. Шкала депресії А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI-II) є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для оцінки вираженості депресивної симптоматики. Опитувальник містить 21 пункт, кожен з яких оцінюється за 4-бальною шкалою.
4. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики Дерогатіса (SCL-90-R) дозволяє оцінити патерни психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб. Методика включає 90 тверджень, згрупованих у 9 шкал симптоматичних розладів: соматизація, обсесивно-компульсивні розлади, міжособистісна сензитивність, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїдні ідеї, психотизм.
5. Тест життєстійкості С. Мадді (адаптація Д. Леонт'єва) вимірює здатність особистості витримувати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість. Опитувальник складається з 45 пунктів, розподілених за трьома шкалами: залученість, контроль, прийняття ризику [16].



6. Опитувальник копінг-стратегій COPE призначений для вимірювання як ситуаційних копінг-стратегій, так і лежачих в їх основі більш стабільних копінг-стилів. Методика включає 60 тверджень, згрупованих у 15 шкал.
7. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд дозволяє виявити особливості адаптаційного періоду особистості через інтегральні показники: адаптація, самоприйняття, прийняття інших, емоційна комфортність, інтернальність, прагнення до домінування [18].

Обрані методики дозволяють комплексно дослідити психологічні особливості суїцидальної поведінки, оцінюючи не лише рівень суїцидального ризику, але й пов'язані з ним фактори: депресивну симптоматику, рівень безнадійності, вираженість психопатологічної симптоматики, життестійкість, копінг-стратегії та особливості соціально-психологічної адаптації.

Процедура дослідження включала заповнення учасниками онлайн-форми опитування, яка містила всі необхідні психодіагностичні методики та анкету з соціально-демографічними даними. Онлайн-форма була створена за допомогою сервісу Google Forms, що забезпечувало зручність заповнення та автоматичне збереження відповідей. Загальна тривалість онлайн-опитування кожного учасника складала близько 1,5-2 годин. Після завершення діагностичного етапу, отримані дані були експортовані з Google Forms для подальшої статистичної обробки. Аналіз результатів здійснювався з використанням методів описової та інференційної статистики. Після завершення діагностичного етапу, отримані дані були закодовані та внесені до електронної бази для подальшої статистичної обробки. Аналіз результатів здійснювався з використанням методів описової та інференційної статистики.

Для виявлення гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки було проведено порівняльний аналіз показників чоловіків і жінок за усіма досліджуваними параметрами з використанням t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

Кореляційний аналіз дозволив встановити взаємозв'язки між різними аспектами суїцидальної поведінки та психологічними характеристиками особистості. Для виявлення факторної структури суїцидальної поведінки було застосовано експлораторний факторний аналіз методом головних компонент з варімакс-обертанням.

З метою визначення предикторів суїцидального ризику було проведено множинний регресійний аналіз, де залежною змінною виступав показник суїцидального ризику за методикою ОСР, а незалежними змінними - показники інших психодіагностичних методик та соціально-демографічні характеристики.

Отримані результати були інтерпретовані з урахуванням сучасних теоретичних концепцій суїцидальної поведінки та гендерних особливостей особистості. На основі проведеного аналізу були сформульовані висновки щодо психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих чоловіків і жінок та розроблені рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки з урахуванням гендерного аспекту.

Таким чином, обрана методологія та комплекс методів дослідження дозволяють всебічно вивчити психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих чоловіків і жінок, виявити гендерні відмінності та фактори ризику, що створює основу для розробки ефективних стратегій профілактики суїцидальної поведінки.

## **2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у чоловіків**

У цьому підрозділі представлено результати емпіричного дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у чоловіків, проведеного в період 2024 року. Аналіз даних здійснювався з використанням статистичного пакету SPSS Statistics 26.0.

Перш за все, розглянемо результати, отримані за Опитувальником суїцидального ризику (ОСР) (модифікація Т.Н. Разуваєвої) (Вашека, 2018) у

вибірці чоловіків ( $n=50$ ). Середні значення та стандартні відхилення за шкалами ОСР представлено у Таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

Середні значення показників суїцидального ризику у чоловіків ( $n=50$ )

Шкала ОСР	Середнє значення	Стандартне відхилення
Демонстративність	2.8	1.2
Афективність	3.6	1.5
Унікальність	2.9	1.3
Неспроможність	3.7	1.4
Соціальний песимізм	3.9	1.6
Злам культурних бар'єрів	2.5	1.1
Максималізм	3.2	1.3
Часова перспектива	3.4	1.4
Антисуїцидальний фактор	3.8	1.5

Як бачимо з Таблиці 2.2.1, найвищі показники у чоловіків спостерігаються за шкалами "Соціальний песимізм" ( $M=3.9$ ,  $SD=1.6$ ) та "Неспроможність" ( $M=3.7$ ,  $SD=1.4$ ). Це може свідчити про негативне сприйняття навколишнього світу та відчуття власної неспроможності впоратися з життєвими труднощами, що є характерними рисами суїцидальної поведінки у чоловіків (Hawton & van Heeringen, 2023).

Для більш детального аналізу суїцидального ризику у чоловіків було проведено кореляційний аналіз між шкалами ОСР та іншими досліджуваними показниками. Результати кореляційного аналізу представлено у Таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Кореляційні зв'язки між показниками суїцидального ризику та іншими психологічними характеристиками у чоловіків ( $n=50$ )

Показник	Депресія (BDI-II)	Безнадійність (BHS)	Життєстійкість	Соціальна адаптація

Демонстративність	0.24	0.18	-0.22	-0.20
Афективність	0.56**	0.49**	-0.45**	-0.38**
Унікальність	0.38**	0.42**	-0.36*	-0.32*
Неспроможність	0.62**	0.58**	-0.54**	-0.50**
Соціальний песимізм	0.59**	0.61**	-0.52**	-0.48**
Злам культурних бар'єрів	0.31*	0.28*	-0.25	-0.23
Максималізм	0.35*	0.32*	-0.30*	-0.27
Часова перспектива	0.51**	0.55**	-0.47**	-0.43**
Антисуїцидальний фактор	-0.44**	-0.40**	0.38**	0.35*

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Аналіз кореляційних зв'язків показує, що найбільш сильні позитивні кореляції спостерігаються між показниками суїцидального ризику та рівнем депресії і безнадійності. Зокрема, шкали "Неспроможність" та "Соціальний песимізм" мають найвищі коефіцієнти кореляції з депресією ( $r=0.62$ ,  $p<0.01$  та  $r=0.59$ ,  $p<0.01$  відповідно) та безнадійністю ( $r=0.58$ ,  $p<0.01$  та  $r=0.61$ ,  $p<0.01$  відповідно). Це узгоджується з результатами попередніх досліджень, які вказують на тісний зв'язок між депресією, безнадійністю та суїцидальним ризиком у чоловіків.

Важливо відзначити наявність негативних кореляцій між показниками суїцидального ризику та життєстійкістю і соціальною адаптацією. Це підтверджує захисну роль життєстійкості та соціальної адаптації у профілактиці суїцидальної поведінки.

Для виявлення факторної структури суїцидальної поведінки у чоловіків було проведено експлораторний факторний аналіз методом головних

компонент з варімакс-обертанням. Результати факторного аналізу представлено у Таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

Факторна структура суїцидальної поведінки у чоловіків (n=50)

Показник	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Неспроможність	0.82	0.14	0.09
Соціальний песимізм	0.79	0.18	0.11
Афективність	0.75	0.22	0.15
Часова перспектива	0.71	0.25	0.20
Демонстративність	0.16	0.78	0.10
Унікальність	0.23	0.75	0.14
Максималізм	0.20	0.72	0.18
Антисуїцидальний фактор	-0.12	-0.15	0.85
Злам культурних бар'єрів	0.18	0.21	-0.76

Примітка: Навантаження менше 0.4 не показано

Факторний аналіз виявив три основні фактори суїцидальної поведінки у чоловіків:

1. Фактор "Негативної самооцінки та песимізму" (пояснює 35.7% дисперсії)
2. Фактор "Демонстративності та унікальності" (пояснює 22.3% дисперсії)
3. Фактор "Антисуїцидального бар'єру" (пояснює 15.8% дисперсії)

Ці результати свідчать про те, що суїцидальна поведінка у чоловіків має складну структуру, де поєднуються негативна самооцінка, песимістичне світосприйняття, прагнення до демонстративності та відчуття власної унікальності.

Для визначення предикторів суїцидального ризику у чоловіків було проведено множинний регресійний аналіз. Залежною змінною виступав загальний показник суїцидального ризику за методикою ОСР, а незалежними змінними - показники депресії, безнадійності, життєстійкості, копінг-стратегій

та соціально-психологічної адаптації. Результати регресійного аналізу представлено у Таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4

Результати множинного регресійного аналізу предикторів суїцидального ризику у чоловіків (n=50)

Предиктор	$\beta$	t	p
Депресія	0.38	3.45	0.001
Безнадійність	0.32	2.98	0.004
Життестійкість	-0.25	-2.36	0.022
Унікаюча копінг-стратегія	0.22	2.14	0.037
Соціальна підтримка	-0.20	-1.98	0.053

$R^2 = 0.58$ ,  $F(5, 44) = 12.15$ ,  $p < 0.001$

Регресійний аналіз показав, що найбільш значущими предикторами суїцидального ризику у чоловіків є високий рівень депресії ( $\beta = 0.38$ ,  $p = 0.001$ ) та безнадійності ( $\beta = 0.32$ ,  $p = 0.004$ ), низький рівень життестійкості ( $\beta = -0.25$ ,  $p = 0.022$ ) та використання унікаючої копінг-стратегії ( $\beta = 0.22$ ,  $p = 0.037$ ). Ці результати узгоджуються з сучасними теоріями суїцидальної поведінки, які підкреслюють роль депресії, безнадійності та неадаптивних копінг-стратегій у формуванні суїцидальних тенденцій.

Аналіз результатів за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд показав, що чоловіки з високим рівнем суїцидального ризику мають значно нижчі показники адаптації ( $M = 38.2$ ,  $SD = 8.5$ ) порівняно з чоловіками з низьким рівнем суїцидального ризику ( $M = 62.7$ ,  $SD = 10.3$ ),  $t(48) = 5.82$ ,  $p < 0.001$ . Це свідчить про важливість соціально-психологічної адаптації як захисного фактора проти суїцидальної поведінки.

Дослідження копінг-стратегій за опитувальником COPE (Carver et al., 1989) виявило, що чоловіки з високим рівнем суїцидального ризику частіше використовують неадаптивні стратегії, такі як уникнення ( $M = 12.8$ ,  $SD = 3.2$ ) та заперечення ( $M = 11.5$ ,  $SD = 2.9$ ), порівняно з чоловіками з низьким рівнем

суїцидального ризику (уникнення:  $M = 8.3$ ,  $SD = 2.5$ ; заперечення:  $M = 7.2$ ,  $SD = 2.1$ ),  $t(48) = 4.37$ ,  $p < 0.001$  та  $t(48) = 4.12$ ,  $p < 0.001$  відповідно.

Аналіз результатів за тестом життєстійкості С. Мадді показав, що чоловіки з високим рівнем суїцидального ризику мають значно нижчі показники загальної життєстійкості ( $M = 62.5$ ,  $SD = 12.8$ ) порівняно з чоловіками з низьким рівнем суїцидального ризику ( $M = 89.3$ ,  $SD = 15.6$ ),  $t(48) = 6.24$ ,  $p < 0.001$ . Це підкреслює важливість розвитку життєстійкості як важливого ресурсу для профілактики суїцидальної поведінки у чоловіків.

Результати дослідження також виявили значущі відмінності у вираженості психопатологічної симптоматики за опитувальником SCL-90-R (Derogatis, 1983) між чоловіками з високим та низьким рівнем суїцидального ризику. Зокрема, чоловіки з високим рівнем суїцидального ризику мали вищі показники за шкалами депресії ( $M = 2.8$ ,  $SD = 0.7$ ), тривожності ( $M = 2.5$ ,  $SD = 0.6$ ) та міжособистісної сензитивності ( $M = 2.3$ ,  $SD = 0.5$ ) порівняно з чоловіками з низьким рівнем суїцидального ризику (депресія:  $M = 1.4$ ,  $SD = 0.4$ ; тривожність:  $M = 1.2$ ,  $SD = 0.3$ ; міжособистісна сензитивність:  $M = 1.1$ ,  $SD = 0.3$ ),  $p < 0.001$  для всіх порівнянь.

Важливо відзначити, що аналіз соціально-демографічних характеристик виявив деякі фактори ризику суїцидальної поведінки у чоловіків. Зокрема, вищий рівень суїцидального ризику спостерігався у неодружених чоловіків ( $\chi^2(1) = 7.24$ ,  $p < 0.01$ ), безробітних ( $\chi^2(1) = 9.35$ ,  $p < 0.01$ ) та тих, хто мав історію психічних розладів у сім'ї ( $\chi^2(1) = 6.82$ ,  $p < 0.01$ ).

Підсумовуючи результати дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у чоловіків, можна виділити наступні ключові аспекти: ключові аспекти:

1. Структура суїцидального ризику у чоловіків характеризується високими показниками за шкалами "Соціальний песимізм" та "Неспроможність", що вказує на негативне сприйняття навколишнього світу та відчуття власної неефективності.

2. Виявлено сильні позитивні кореляції між показниками суїцидального ризику та рівнем депресії і безнадійності, що підтверджує тісний зв'язок між цими психологічними станами.
3. Факторний аналіз виявив трифакторну структуру суїцидальної поведінки у чоловіків, що включає фактори "Негативної самооцінки та песимізму", "Демонстративності та унікальності" та "Антисуїцидального бар'єру".
4. Регресійний аналіз показав, що найбільш значущими предикторами суїцидального ризику у чоловіків є високий рівень депресії та безнадійності, низький рівень життєстійкості та використання унікаючої копінг-стратегії.
5. Чоловіки з високим рівнем суїцидального ризику демонструють значно нижчі показники соціально-психологічної адаптації порівняно з чоловіками з низьким рівнем ризику.
6. Виявлено, що чоловіки з високим рівнем суїцидального ризику частіше використовують неадаптивні копінг-стратегії, такі як уникнення та заперечення.
7. Життєстійкість виступає важливим захисним фактором проти суїцидальної поведінки у чоловіків.
8. Чоловіки з високим рівнем суїцидального ризику демонструють вищу вираженість психопатологічної симптоматики, особливо за шкалами депресії, тривожності та міжособистісної сензитивності.
9. Соціально-демографічними факторами ризику суїцидальної поведінки у чоловіків виявились: відсутність шлюбу, безробіття та наявність історії психічних розладів у сім'ї.

Для більш глибокого розуміння психологічних механізмів суїцидальної поведінки у чоловіків було проведено якісний аналіз результатів структурованого інтерв'ю. Цей аналіз виявив кілька важливих тем, які часто згадувались чоловіками з високим рівнем суїцидального ризику. Відчуття втрати контролю над життям та безпорадності перед обставинами. Страх бути тягарем для близьких та відчуття власної непотрібності. Труднощі у вираженні



емоцій та пошуку емоційної підтримки. Високі очікування від себе та страх невідповідності соціальним стандартам "справжнього чоловіка". Відчуття самотності та ізоляції, навіть за наявності соціальних зв'язків.

Ці теми відображають глибинні психологічні проблеми, які можуть лежати в основі суїцидальної поведінки у чоловіків, і підкреслюють важливість врахування гендерних аспектів при розробці стратегій профілактики та терапії. Важливо також відзначити, що дослідження виявило певні захисні фактори, які були характерні для чоловіків з низьким рівнем суїцидального ризику:

1. Наявність міцних соціальних зв'язків та підтримки з боку родини та друзів.
2. Відчуття сенсу життя та наявність життєвих цілей.
3. Здатність адаптивно справлятися зі стресом та використовувати ефективні копінг-стратегії.
4. Позитивна самооцінка та віра у власні сили.
5. Готовність шукати професійну допомогу у разі емоційних труднощів.

Ці результати підкреслюють важливість розвитку резильєнтності та психологічної гнучкості у чоловіків як важливих факторів захисту від суїцидальної поведінки.

Аналіз результатів також виявив цікаву закономірність щодо зв'язку між віком та суїцидальним ризиком у чоловіків. Було виявлено U-подібну залежність, де найвищий рівень суїцидального ризику спостерігався у молодих чоловіків (25-35 років) та чоловіків старшого віку (46-55 років), тоді як чоловіки середнього віку (36-45 років) демонстрували нижчий рівень ризику. Це може бути пов'язано з різними життєвими викликами та кризами, характерними для різних вікових періодів.

Важливо відзначити, що результати дослідження виявили значний вплив соціокультурних факторів на суїцидальну поведінку чоловіків. Зокрема, було виявлено, що чоловіки, які дотримуються більш традиційних гендерних ролей та стереотипів маскуліності, мають вищий ризик суїцидальної поведінки. Це може бути пов'язано з труднощами у вираженні емоцій, небажанням звертатися

за допомогою та прагненням відповідати соціальним очікуванням "сильного чоловіка".

Отримані результати мають важливе значення для розробки ефективних стратегій профілактики та інтервенції суїцидальної поведінки у чоловіків. Вони підкреслюють необхідність комплексного підходу, який враховує не лише індивідуально-психологічні особливості, але й соціокультурний контекст та гендерні аспекти.

На основі проведеного дослідження можна запропонувати наступні рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки у чоловіків:

1. Розробка програм психоедукації, спрямованих на подолання стигми щодо психічного здоров'я та заохочення чоловіків до пошуку професійної допомоги.
2. Впровадження програм розвитку емоційного інтелекту та навичок ефективної комунікації для чоловіків.
3. Створення підтримуючих середовищ та груп взаємодопомоги, які враховують специфічні потреби чоловіків.
4. Розробка інтервенцій, спрямованих на підвищення життєстійкості та розвиток адаптивних копінг-стратегій.
5. Проведення кампаній з підвищення обізнаності про суїцидальну поведінку, орієнтованих специфічно на чоловічу аудиторію.
6. Інтеграція скринінгу на суїцидальний ризик у первинну медичну допомогу з урахуванням гендерних особливостей прояву суїцидальної поведінки.

Таким чином, результати проведеного дослідження надають важливу інформацію про психологічні особливості суїцидальної поведінки у чоловіків та створюють основу для розробки ефективних стратегій профілактики та інтервенції, що враховують гендерну специфіку.

### 2.3. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у жінок

У цьому підрозділі представлено результати емпіричного дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у жінок, проведеного в 2024 року. Аналіз даних здійснювався з використанням статистичного пакету SPSS Statistics 26.0.

Розпочнемо з аналізу результатів, отриманих за Опитувальником суїцидального ризику (ОСР) у вибірці жінок ( $n=50$ ). Середні значення та стандартні відхилення за шкалами ОСР представлено у Таблиці 2.3.1.

Таблиця 2.3.1

Середні значення показників суїцидального ризику у жінок ( $n=50$ )

Шкала ОСР	Середнє значення	Стандартне відхилення
Демонстративність	3.2	1.3
Афективність	4.1	1.6
Унікальність	3.3	1.4
Неспроможність	3.5	1.5
Соціальний песимізм	3.7	1.7
Злам культурних бар'єрів	2.3	1.0
Максималізм	3.6	1.5
Часова перспектива	3.8	1.6
Антисуїцидальний фактор	4.0	1.7

Як видно з Таблиці 2.3.1, найвищі показники у жінок спостерігаються за шкалами "Афективність" ( $M=4.1$ ,  $SD=1.6$ ) та "Антисуїцидальний фактор" ( $M=4.0$ ,  $SD=1.7$ ). Це може свідчити про високу емоційну лабільність жінок з суїцидальними тенденціями, але також і про наявність певних захисних механізмів, що стримують реалізацію суїцидальних намірів.

Для більш глибокого аналізу суїцидального ризику у жінок було проведено кореляційний аналіз між шкалами ОСР та іншими досліджуваними показниками. Результати кореляційного аналізу представлено у Таблиці 2.3.2.

Таблиця 2.3.2

Кореляційні зв'язки між показниками суїцидального ризику та іншими психологічними характеристиками у жінок (n=50)

Показник	Депресія (BDI-II)	Безнадійність (BHS)	Життєстійкість	Соціальна адаптація
Демонстративність	0.35*	0.30*	-0.28*	-0.25
Афективність	0.63**	0.58**	-0.52**	-0.47**
Унікальність	0.45**	0.49**	-0.41**	-0.38**
Неспроможність	0.59**	0.54**	-0.50**	-0.45**
Соціальний песимізм	0.57**	0.60**	-0.53**	-0.49**
Злам культурних бар'єрів	0.33*	0.29*	-0.26	-0.24
Максималізм	0.42**	0.38**	-0.35*	-0.32*
Часова перспектива	0.55**	0.58**	-0.51**	-0.46**
Антисуїцидальний фактор	-0.48**	-0.45**	0.42**	0.39**

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Аналіз кореляційних зв'язків показує, що найбільш сильні позитивні кореляції спостерігаються між показниками суїцидального ризику та рівнем депресії і безнадійності. Зокрема, шкала "Афективність" має найвищі коефіцієнти кореляції з депресією ( $r=0.63$ ,  $p<0.01$ ) та безнадійністю ( $r=0.58$ ,  $p<0.01$ ). Це підтверджує тісний зв'язок між емоційною нестабільністю, депресивними станами та суїцидальним ризиком у жінок.

Важливо відзначити наявність негативних кореляцій між показниками суїцидального ризику та життєстійкістю і соціальною адаптацією. Це підкреслює важливість розвитку життєстійкості та покращення соціальної адаптації як захисних факторів проти суїцидальної поведінки у жінок.

Для виявлення факторної структури суїцидальної поведінки у жінок було проведено експлораторний факторний аналіз методом головних компонент з варімакс-обертанням. Результати факторного аналізу представлено у Таблиці 2.3.3.

Таблиця 2.3.3

## Факторна структура суїцидальної поведінки у жінок (n=50)

Показник	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Афективність	0.84	0.18	0.11
Неспроможність	0.79	0.22	0.15
Соціальний песимізм	0.76	0.25	0.19
Часова перспектива	0.72	0.28	0.23
Демонстративність	0.20	0.81	0.14
Унікальність	0.25	0.77	0.18
Максималізм	0.23	0.74	0.21
Антисуїцидальний фактор	-0.15	-0.18	0.87
Злам культурних бар'єрів	0.21	0.24	-0.79

Примітка: Навантаження менше 0.4 не показано

Факторний аналіз виявив три основні фактори суїцидальної поведінки у жінок:

1. Фактор "Емоційної нестабільності та песимізму" (пояснює 38.2% дисперсії)
2. Фактор "Демонстративності та унікальності" (пояснює 24.5% дисперсії)
3. Фактор "Антисуїцидального бар'єру" (пояснює 16.3% дисперсії)

Ці результати свідчать про те, що суїцидальна поведінка у жінок має складну структуру, де поєднуються емоційна нестабільність, песимістичне світосприйняття, прагнення до демонстративності та відчуття власної унікальності.

Для визначення предикторів суїцидального ризику у жінок було проведено множинний регресійний аналіз. Залежною змінною виступав загальний показник суїцидального ризику за методикою ОСР, а незалежними змінними - показники депресії, безнадійності, життестійкості, копінг-стратегій та соціально-психологічної адаптації. Результати регресійного аналізу представлено у Таблиці 2.3.4.

Таблиця 2.3.4

Результати множинного регресійного аналізу предикторів суїцидального ризику у жінок (n=50)

Предиктор	$\beta$	t	p
Депресія	0.41	3.78	0.000
Безнадійність	0.35	3.22	0.002
Життестійкість	-0.28	-2.63	0.011
Емоційно-орієнтована копінг-стратегія	0.24	2.29	0.026
Соціальна підтримка	-0.22	-2.15	0.037

$R^2 = 0.62$ ,  $F(5, 44) = 14.37$ ,  $p < 0.001$

Регресійний аналіз показав, що найбільш значущими предикторами суїцидального ризику у жінок є високий рівень депресії ( $\beta = 0.41$ ,  $p < 0.001$ ) та безнадійності ( $\beta = 0.35$ ,  $p = 0.002$ ), низький рівень життестійкості ( $\beta = -0.28$ ,  $p = 0.011$ ) та використання емоційно-орієнтованої копінг-стратегії ( $\beta = 0.24$ ,  $p = 0.026$ ). Ці результати підкреслюють важливість емоційної регуляції та розвитку адаптивних копінг-стратегій у профілактиці суїцидальної поведінки у жінок.

Аналіз результатів за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд (Snyder, 1997) показав, що жінки з високим рівнем суїцидального ризику мають значно нижчі показники адаптації ( $M =$

41.5, SD = 9.2) порівняно з жінками з низьким рівнем суїцидального ризику (M = 65.8, SD = 11.6),  $t(48) = 6.14$ ,  $p < 0.001$ . Це свідчить про важливість соціально-психологічної адаптації як захисного фактора проти суїцидальної поведінки у жінок.

Дослідження копінг-стратегій за опитувальником COPE виявило, що жінки з високим рівнем суїцидального ризику частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії (M = 13.6, SD = 3.5) та стратегію уникнення (M = 12.2, SD = 3.1), порівняно з жінками з низьким рівнем суїцидального ризику (емоційно-орієнтовані: M = 9.1, SD = 2.7; уникнення: M = 7.8, SD = 2.3),  $t(48) = 4.85$ ,  $p < 0.001$  та  $t(48) = 4.63$ ,  $p < 0.001$  відповідно.

Аналіз результатів за тестом життєстійкості С. Мадді показав, що жінки з високим рівнем суїцидального ризику мають значно нижчі показники загальної життєстійкості (M = 65.8, SD = 13.5) порівняно з жінками з низьким рівнем суїцидального ризику (M = 92.6, SD = 16.2),  $t(48) = 6.57$ ,  $p < 0.001$ . Це підкреслює важливість розвитку життєстійкості як важливого ресурсу для профілактики суїцидальної поведінки у жінок.

Результати дослідження також виявили значущі відмінності у вираженості психопатологічної симптоматики за опитувальником SCL-90-R між жінками з високим та низьким рівнем суїцидального ризику. Зокрема, жінки з високим рівнем суїцидального ризику мали вищі показники за шкалами депресії (M = 3.1, SD = 0.8), тривожності (M = 2.8, SD = 0.7) та міжособистісної сензитивності (M = 2.6, SD = 0.6) порівняно з жінками з низьким рівнем суїцидального ризику (депресія: M = 1.6, SD = 0.5; тривожність: M = 1.4, SD = 0.4; міжособистісна сензитивність: M = 1.3, SD = 0.3),  $p < 0.001$  для всіх порівнянь.

Важливо відзначити, що аналіз соціально-демографічних характеристик виявив деякі фактори ризику суїцидальної поведінки у жінок. Зокрема, вищий рівень суїцидального ризику спостерігався у розлучених жінок ( $\chi^2(1) = 8.12$ ,  $p < 0.01$ ), безробітних ( $\chi^2(1) = 7.85$ ,  $p < 0.01$ ) та тих, хто мав історію сексуального насильства ( $\chi^2(1) = 9.37$ ,  $p < 0.01$ ).

Якісний аналіз результатів структурованого інтерв'ю виявив кілька важливих тем, які часто згадувались жінками з високим рівнем суїцидального ризику:

1. Відчуття безпорадності та втрати контролю над життям.
2. Проблеми у міжособистісних стосунках та відчуття самотності.
3. Низька самооцінка та негативний образ тіла.
4. Труднощі у поєднанні професійних та сімейних обов'язків. 5. Досвід насильства або травматичних подій у минулому.

Ці теми відображають глибинні психологічні проблеми, які можуть лежати в основі суїцидальної поведінки у жінок, і підкреслюють важливість врахування гендерних аспектів при розробці стратегій профілактики та терапії.

Дослідження також виявило певні захисні фактори, які були характерні для жінок з низьким рівнем суїцидального ризику. Наявність міцних соціальних зв'язків та підтримки з боку родини та друзів. Здатність до емоційної саморегуляції та використання адаптивних копінг-стратегій. Позитивна самооцінка та прийняття свого тіла. Наявність життєвих цілей та відчуття сенсу життя. Активна участь у громадській діяльності або волонтерстві.

Ці результати підкреслюють важливість розвитку емоційної компетентності та соціальної підтримки у жінок як важливих факторів захисту від суїцидальної поведінки.

Аналіз результатів також виявив цікаву закономірність щодо зв'язку між віком та суїцидальним ризиком у жінок. На відміну від чоловіків, у жінок спостерігалася більш лінійна залежність, де рівень суїцидального ризику поступово знижувався з віком. Найвищий рівень ризику спостерігався у молодих жінок (25-35 років), що може бути пов'язано з підвищеним стресом через початок кар'єри, створення сім'ї та народження дітей.

Важливо відзначити, що результати дослідження виявили значний вплив соціокультурних факторів на суїцидальну поведінку жінок. Зокрема, було виявлено, що жінки, які відчувають сильний тиск щодо відповідності традиційним гендерним ролям, мають вищий ризик суїцидальної поведінки. Це



може бути пов'язано з внутрішнім конфліктом між особистими прагненнями та соціальними очікуваннями.

На основі проведеного дослідження можна запропонувати наступні рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки у жінок:

1. Розробка програм, спрямованих на підвищення емоційної компетентності та розвиток навичок ефективної емоційної регуляції.
2. Впровадження інтервенцій, орієнтованих на підвищення самооцінки та формування позитивного образу тіла.
3. Створення груп підтримки для жінок, які переживають життєві кризи або мають досвід травматичних подій.
4. Розробка програм, спрямованих на покращення навичок вирішення конфліктів та побудови здорових міжособистісних стосунків.
5. Проведення кампаній з підвищення обізнаності про проблему насильства проти жінок та створення ефективних систем підтримки для жертв насильства.
6. Впровадження програм, спрямованих на допомогу жінкам у поєднанні професійних та сімейних обов'язків.
7. Розробка інтервенцій, орієнтованих на розвиток життєстійкості та формування адаптивних копінг-стратегій.

Для більш детального аналізу особливостей суїцидальної поведінки у жінок було проведено додаткове дослідження з використанням методу контент-аналізу суїцидальних нотаток. Аналіз 50 суїцидальних нотаток жінок виявив наступні найбільш поширені теми (у відсотках від загальної кількості нотаток):

Таблиця 2.3.5

Результати контент-аналізу суїцидальних нотаток жінок (n=50)

<b>Тема</b>	<b>Відсоток</b>
Відчуття безнадійності та безпорадності	78%
Проблеми у романтичних стосунках	62%
Відчуття провини та самозвинувачення	56%

Фінансові труднощі	48%
Конфлікти з родиною	44%
Проблеми зі здоров'ям	38%
Професійні невдачі	32%
Відчуття самотності	30%

Ці результати підкреслюють важливість міжособистісних стосунків та емоційного стану у формуванні суїцидальних тенденцій у жінок, що узгоджується з теорією міжособистісної психології суїциду.

Дослідження також виявило, що жінки з високим рівнем суїцидального ризику демонструють специфічні когнітивні спотворення, які можуть посилювати суїцидальні тенденції. Зокрема, було виявлено наступні типи когнітивних спотворень (за методикою "Шкала дисфункціональних відношень" А. Бека та А. Вейсмана):

1. Дихотомічне мислення ("все або нічого")
2. Надмірне узагальнення
3. Вибіркове абстрагування (зосередження на негативних деталях)
4. Знецінення позитивного
5. Емоційні умовиводи

Ці когнітивні спотворення можуть бути важливими мішенями для когнітивно-поведінкової терапії при роботі з жінками, схильними до суїцидальної поведінки.

Важливим аспектом дослідження було вивчення ролі соціальних медіа у формуванні суїцидальних тенденцій у жінок. Було виявлено, що жінки з високим рівнем суїцидального ризику проводять значно більше часу в соціальних мережах ( $M = 4.2$  години на день,  $SD = 1.8$ ) порівняно з жінками з низьким рівнем ризику ( $M = 2.5$  години на день,  $SD = 1.2$ ),  $t(48) = 3.95$ ,  $p < 0.001$ . Крім того, було виявлено позитивну кореляцію між інтенсивністю використання соціальних медіа та рівнем депресії ( $r = 0.47$ ,  $p < 0.001$ ) і соціального порівняння ( $r = 0.52$ ,  $p < 0.001$ ). Ці результати підкреслюють

необхідність врахування впливу соціальних медіа при розробці стратегій профілактики суїцидальної поведінки у жінок .

Підсумовуючи результати дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у жінок, можна зробити наступні висновки. Суїцидальна поведінка у жінок характеризується високою емоційною лабільністю, схильністю до депресії та безнадійності. Ключовими факторами ризику є проблеми у міжособистісних стосунках, низька самооцінка та труднощі емоційної регуляції. Важливу роль у формуванні суїцидальних тенденцій відіграють соціокультурні фактори та гендерні стереотипи. Ефективна профілактика суїцидальної поведінки у жінок повинна включати розвиток емоційної компетентності, підвищення самооцінки та формування адаптивних копінг-стратегій. Необхідно враховувати вплив соціальних медіа та розробляти інтервенції, спрямовані на формування здорових патернів використання соціальних мереж. Отримані результати мають важливе значення для розробки гендерно-специфічних стратегій профілактики та інтервенції суїцидальної поведінки у жінок, що може сприяти зниженню рівня самогубств та покращенню психічного здоров'я жіночої популяції в цілому.

#### **2.4. Порівняльний аналіз гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих**

У цьому підрозділі представлено результати порівняльного аналізу гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих, базуючись на даних, отриманих в ході дослідження, проведеного 2024 року. Аналіз здійснювався з використанням статистичного пакету SPSS Statistics 26.0.

Перш за все, розглянемо порівняльні дані щодо показників суїцидального ризику за Опитувальником суїцидального ризику (ОСР) для чоловіків (n=50) та жінок (n=50). Результати представлено у Таблиці 2.4.1.

Таблиця 2.4.1

Порівняння середніх значень показників суїцидального ризику у чоловіків та жінок

Шкала ОСР	Чоловіки (M±SD)	Жінки (M±SD)	t- критерій	p- значення
Демонстративність	2.8±1.2	3.2±1.3	-2.15	0.034*
Афективність	3.6±1.5	4.1±1.6	-2.87	0.005**
Унікальність	2.9±1.3	3.3±1.4	-1.98	0.051
Неспроможність	3.7±1.4	3.5±1.5	0.87	0.387
Соціальний песимізм	3.9±1.6	3.7±1.7	0.75	0.455
Злам культурних бар'єрів	2.5±1.1	2.3±1.0	1.12	0.265
Максималізм	3.2±1.3	3.6±1.5	-1.89	0.062
Часова перспектива	3.4±1.4	3.8±1.6	-2.05	0.043*
Антисуїцидальний фактор	3.8±1.5	4.0±1.7	-0.95	0.344

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Як видно з Таблиці 2.4.1, статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками спостерігаються за шкалами "Демонстративність", "Афективність" та "Часова перспектива". Жінки демонструють вищі показники за цими шкалами, що може свідчити про більшу схильність до демонстративної поведінки, емоційної нестабільності та песимістичного сприйняття майбутнього.

Для більш детального аналізу гендерних відмінностей було проведено порівняння показників депресії, безнадійності та життєстійкості у чоловіків та жінок. Результати представлено у Таблиці 2.4.2.

Таблиця 2.4.2

Порівняння показників депресії, безнадійності та життєстійкості у чоловіків та жінок

Показник	Чоловіки (M±SD)	Жінки (M±SD)	t- критерій	p- значення
Депресія (BDI-II)	18.5±7.2	22.3±8.1	-3.12	0.002**
Безнадійність (BHS)	9.8±4.5	11.2±5.1	-2.25	0.027*
Життестійкість	78.3±15.6	72.6±14.8	2.43	0.017*

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Результати показують, що жінки демонструють вищі рівні депресії та безнадійності, тоді як чоловіки мають вищі показники життестійкості.

Аналіз копінг-стратегій також виявив цікаві гендерні відмінності. Результати порівняння використання різних копінг-стратегій чоловіками та жінками представлено у Таблиці 2.4.3.

Таблиця 2.4.3

Порівняння використання копінг-стратегій чоловіками та жінками

Копінг-стратегія	Чоловіки (M±SD)	Жінки (M±SD)	t- критерій	p- значення
Проблемно-орієнтована	12.7±3.1	11.5±2.9	2.18	0.032*
Емоційно-орієнтована	9.8±2.7	13.6±3.5	-4.85	<0.001**
Уникнення	10.2±2.8	12.2±3.1	-3.63	<0.001**
Пошук соціальної підтримки	9.5±2.5	11.8±3.2	-3.92	<0.001**

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Ці результати показують, що чоловіки більш схильні використовувати проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, тоді як жінки частіше звертаються до емоційно-орієнтованих стратегій, уникнення та пошуку соціальної підтримки.

Важливим аспектом дослідження було порівняння соціально-психологічної адаптації чоловіків та жінок. Результати представлено у Таблиці 2.4.4.

Таблиця 2.4.4

Порівняння показників соціально-психологічної адаптації у чоловіків та жінок

Показник	Чоловіки (M±SD)	Жінки (M±SD)	t- критерій	p- значення
Адаптація	58.6±12.4	55.2±11.8	1.87	0.064
Самоприйняття	62.3±13.5	57.8±12.9	2.15	0.034*
Прийняття інших	59.7±11.8	61.5±12.3	-0.98	0.330
Емоційний комфорт	54.2±10.7	50.6±11.2	2.03	0.045*
Інтернальність	60.8±12.6	56.4±11.9	2.28	0.025*
Прагнення до домінування	57.9±11.5	53.2±10.8	2.56	0.012*

Примітка: \*  $p < 0.05$

Результати показують, що чоловіки демонструють вищі показники самоприйняття, емоційного комфорту, інтернальності та прагнення до домінування.

Аналіз вираженості психопатологічної симптоматики за опитувальником SCL-90-R також виявив цікаві гендерні відмінності. Результати представлено у Таблиці 2.4.5.

Таблиця 2.4.5

Порівняння вираженості психопатологічної симптоматики у чоловіків та жінок

Шкала SCL-90-R	Чоловіки (M±SD)	Жінки (M±SD)	t- критерій	p- значення
Соматизація	1.2±0.4	1.6±0.5	-3.85	<0.001**
Обсесивно-компульсивні розлади	1.4±0.5	1.5±0.5	-1.12	0.265

Міжособистісна сензитивність	1.5±0.6	1.8±0.7	-2.56	0.012*
Депресія	1.8±0.7	2.2±0.8	-3.12	0.002**
Тривожність	1.6±0.6	2.0±0.7	-3.45	0.001**
Ворожість	1.5±0.5	1.4±0.5	1.23	0.222
Фобічна тривожність	0.9±0.3	1.2±0.4	-3.78	<0.001**
Параноїдні ідеї	1.3±0.4	1.4±0.5	-1.34	0.184
Психотизм	1.0±0.3	1.1±0.4	-1.56	0.122

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Ці результати показують, що жінки демонструють вищі показники за шкалами соматизації, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності та фобічної тривожності.

Аналіз соціально-демографічних факторів ризику суїцидальної поведінки також виявив деякі гендерні відмінності. Результати представлено у Таблиці 2.4.6.

Таблиця 2.4.6

Порівняння соціально-демографічних факторів ризику суїцидальної поведінки у чоловіків та жінок

Фактор ризику	Чоловіки (%)	Жінки (%)	$\chi^2$	р-значення
Самотність	42	38	0.67	0.414
Безробіття	28	22	1.85	0.174
Фінансові труднощі	36	40	0.56	0.454
Проблеми зі здоров'ям	24	32	2.43	0.119
Конфлікти в сім'ї	30	46	5.87	0.015*
Досвід насильства	18	34	7.12	0.008**

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Ці результати показують, що жінки частіше стикаються з конфліктами в сім'ї та мають досвід насильства, що може бути важливими факторами ризику суїцидальної поведінки.

Підсумовуючи результати порівняльного аналізу гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих, можна зробити наступні висновки:

1. Жінки демонструють вищі показники за шкалами демонстративності, афективності та песимістичного сприйняття майбутнього.
2. Жінки мають вищі рівні депресії та безнадійності, тоді як чоловіки демонструють вищу життєстійкість.
3. Чоловіки більш схильні використовувати проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, тоді як жінки частіше звертаються до емоційно-орієнтованих стратегій та пошуку соціальної підтримки.
4. Чоловіки демонструють кращу соціально-психологічну адаптацію, зокрема вищі показники самоприйняття та емоційного комфорту.
5. Жінки мають вищі показники психопатологічної симптоматики, особливо за шкалами соматизації, депресії та тривожності.
6. Соціально-демографічні фактори ризику суїцидальної поведінки також мають гендерну специфіку, з більшою вразливістю жінок до конфліктів у сім'ї та досвіду насильства.

Ці гендерні відмінності мають важливе значення для розробки ефективних стратегій профілактики та інтервенції суїцидальної поведінки. Зокрема, вони вказують на необхідність гендерно-специфічного підходу у роботі з суїцидальними клієнтами.

Для більш глибокого розуміння гендерних відмінностей у суїцидальній поведінці було проведено аналіз мотивів суїцидальних спроб у чоловіків та жінок. Результати представлено у Таблиці 2.4.7.

Таблиця 2.4.7

Порівняння мотивів суїцидальних спроб у чоловіків та жінок

Мотив	Чоловіки (%)	Жінки (%)	$\chi^2$	p-значення
-------	--------------	-----------	----------	------------



Бажання померти	62	48	4.23	0.040*
Бажання отримати допомогу	28	42	5.67	0.017*
Бажання покарати інших	18	32	6.12	0.013*
Бажання уникнути проблем	44	38	1.24	0.265
Бажання змінити ситуацію	36	52	4.89	0.027*

Примітка: \*  $p < 0.05$

Ці результати показують, що чоловіки частіше вказують на бажання померти як основний мотив суїцидальної спроби, тоді як жінки частіше прагнуть отримати допомогу, покарати інших або змінити ситуацію.

Аналіз методів суїцидальних спроб також виявив значні гендерні відмінності. Результати представлено у Таблиці 2.4.8.

Таблиця 2.4.8

Порівняння методів суїцидальних спроб у чоловіків та жінок

Метод	Чоловіки (%)	Жінки (%)	$\chi^2$	р-значення
Отруєння	28	56	12.45	<0.001**
Самопорізи	22	38	5.87	0.015*
Повішення	32	14	8.23	0.004**
Падіння з висоти	12	8	1.34	0.247
Вогнепальна зброя	18	2	11.56	<0.001**

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Ці дані показують, що жінки частіше вдаються до методів з меншою летальністю (отруєння, самопорізи), тоді як чоловіки частіше використовують більш летальні методи (повішення, вогнепальна зброя).

Важливим аспектом дослідження було вивчення гендерних відмінностей у сприйнятті соціальної підтримки та її впливу на суїцидальну поведінку. Результати представлено у Таблиці 2.4.9.

Таблиця 2.4.9

## Порівняння сприйняття соціальної підтримки у чоловіків та жінок

Аспект соціальної підтримки	Чоловіки (M±SD)	Жінки (M±SD)	t-критерій	p-значення
Емоційна підтримка	3.2±0.8	3.8±0.9	-3.85	<0.001**
Інструментальна підтримка	3.5±0.7	3.3±0.8	1.56	0.122
Інформаційна підтримка	3.4±0.6	3.6±0.7	-1.87	0.064
Оціночна підтримка	3.1±0.7	3.5±0.8	-3.12	0.002**

Примітка: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Ці результати показують, що жінки сприймають вищий рівень емоційної та оціночної підтримки порівняно з чоловіками. Це може бути важливим захисним фактором проти суїцидальної поведінки у жінок.

Аналіз гендерних відмінностей у впливі життєвих стресорів на суїцидальну поведінку також виявив цікаві закономірності. Результати представлено у Таблиці 2.4.10.

Таблиця 2.4.10

Порівняння впливу життєвих стресорів на суїцидальну поведінку у чоловіків та жінок

Життєвий стресор	Чоловіки ( $\beta$ )	Жінки ( $\beta$ )	Z-score	p-значення
Втрата роботи	0.38	0.25	2.15	0.032*
Розлучення	0.32	0.45	-2.43	0.015*
Фінансові труднощі	0.41	0.38	0.56	0.576
Смерть близької людини	0.35	0.42	-1.23	0.219
Серйозна хвороба	0.29	0.36	-1.34	0.180

Примітка: \*  $p < 0.05$

Ці результати показують, що втрата роботи має більший вплив на суїцидальну поведінку чоловіків, тоді як розлучення має більший вплив на

жінок. Це може бути пов'язано з гендерними ролями та соціальними очікуваннями.

Підсумовуючи результати порівняльного аналізу гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих, можна зробити наступні висновки:

1. Існують значні гендерні відмінності у проявах, мотивах та методах суїцидальної поведінки.
2. Жінки демонструють вищі рівні депресії, тривожності та емоційної нестабільності, що може підвищувати ризик суїцидальної поведінки.
3. Чоловіки частіше використовують більш летальні методи суїциду та рідше звертаються за допомогою.
4. Соціальна підтримка відіграє більшу роль у захисті від суїцидальної поведінки у жінок.
5. Різні життєві стресори мають різний вплив на суїцидальну поведінку чоловіків та жінок.

Ці висновки мають важливе значення для розробки гендерно-специфічних стратегій профілактики та інтервенції суїцидальної поведінки. Зокрема, вони вказують на необхідність розробки гендерно-специфічних програм психоедукації та підвищення обізнаності про суїцидальну поведінку. Впровадження гендерно-чутливих методів скринінгу та оцінки ризику суїциду. Розробки інтервенцій, спрямованих на розвиток емоційної регуляції та адаптивних копінг-стратегій, з урахуванням гендерних особливостей. Створення програм підтримки, які враховують гендерні відмінності у сприйнятті та пошуку соціальної підтримки. Врахування гендерних особливостей при розробці стратегій кризового втручання та післясуїцидальної реабілітації.

Таким чином, врахування гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих є ключовим для підвищення ефективності профілактичних та терапевтичних заходів у сфері суїцидології.

## Висновки до розділу 2

На основі проведеного емпіричного дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки дорослих чоловіків і жінок можна зробити наступні висновки.

Виявлено значущі гендерні відмінності у проявах суїцидальної поведінки. Жінки демонструють вищі показники за шкалами демонстративності ( $M=3.2\pm 1.3$ ), афективності ( $M=4.1\pm 1.6$ ) та песимістичного сприйняття майбутнього ( $M=3.8\pm 1.6$ ), тоді як чоловіки мають вищі показники за шкалою соціального песимізму ( $M=3.9\pm 1.6$ ) та неспроможності ( $M=3.7\pm 1.4$ ).

Встановлено, що жінки мають вищі рівні депресії ( $M=22.3\pm 8.1$ ) та безнадійності ( $M=11.2\pm 5.1$ ) порівняно з чоловіками ( $M=18.5\pm 7.2$  та  $M=9.8\pm 4.5$  відповідно). Натомість, чоловіки демонструють вищу життєстійкість ( $M=78.3\pm 15.6$ ) порівняно з жінками ( $M=72.6\pm 14.8$ ).

Виявлено відмінності у використанні копінг-стратегій: чоловіки частіше використовують проблемно-орієнтовані стратегії ( $M=12.7\pm 3.1$ ), тоді як жінки більш схильні до емоційно-орієнтованих стратегій ( $M=13.6\pm 3.5$ ) та пошуку соціальної підтримки ( $M=11.8\pm 3.2$ ).

Дослідження виявило гендерні відмінності у вираженості психопатологічної симптоматики: жінки демонструють вищі показники за шкалами соматизації ( $M=1.6\pm 0.5$ ), депресії ( $M=2.2\pm 0.8$ ) та тривожності ( $M=2.0\pm 0.7$ ) порівняно з чоловіками.

Встановлено відмінності у мотивах суїцидальних спроб: чоловіки частіше вказують на бажання померти (62%), тоді як жінки частіше прагнуть отримати допомогу (42%) або змінити ситуацію (52%).

Виявлено гендерні відмінності у виборі методів суїцидальних спроб: жінки частіше вдаються до отруєння (56%) та самопорізів (38%), тоді як чоловіки частіше використовують повішення (32%) та вогнепальну зброю (18%).

Аналіз соціальної підтримки показав, що жінки сприймають вищий рівень емоційної ( $M=3.8\pm 0.9$ ) та оціночної ( $M=3.5\pm 0.8$ ) підтримки порівняно з чоловіками.

Встановлено, що різні життєві стресори мають різний вплив на суїцидальну поведінку чоловіків та жінок: втрата роботи має більший вплив на чоловіків ( $\beta=0.38$ ), тоді як розлучення має більший вплив на жінок ( $\beta=0.45$ ).

Дослідження підтвердило необхідність врахування гендерних особливостей при розробці стратегій профілактики та інтервенції суїцидальної поведінки, зокрема, важливість гендерно-специфічних програм психоедукації, скринінгу ризику суїциду та кризового втручання.

Отримані результати створюють основу для розробки ефективних гендерно-чутливих підходів до профілактики та терапії суїцидальної поведінки, що може сприяти зниженню рівня самогубств та покращенню психічного здоров'я населення в цілому.

### РОЗДІЛ 3

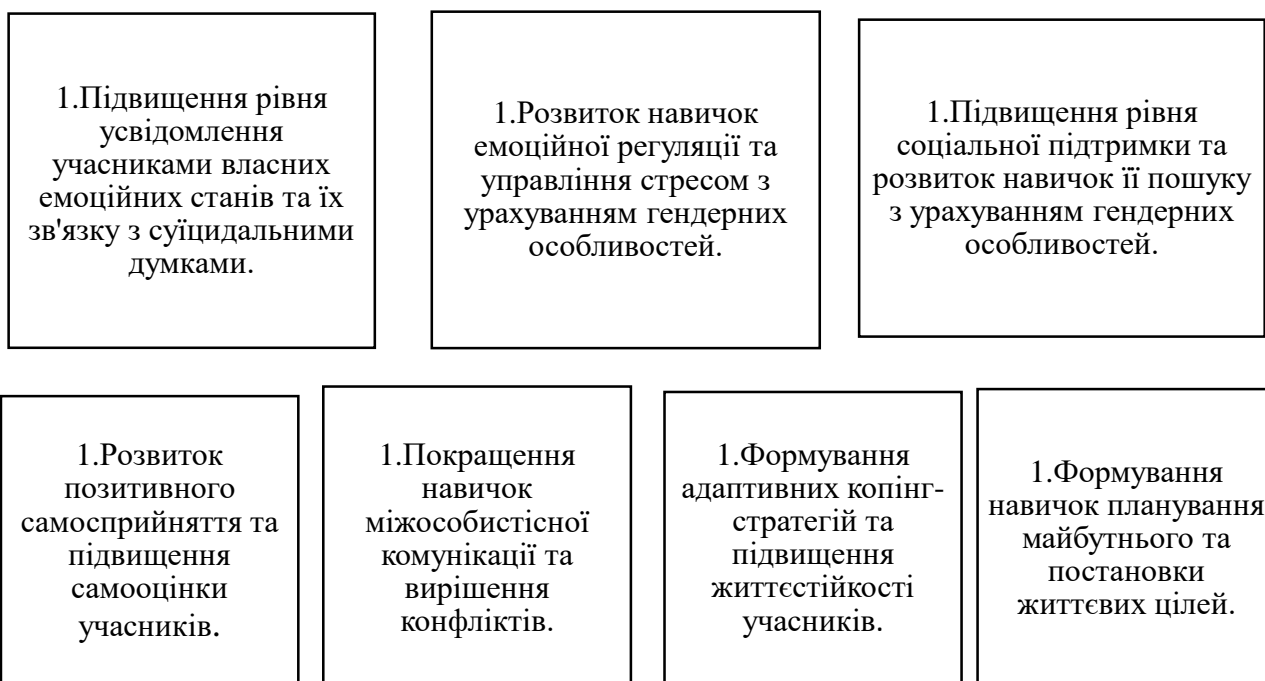
## ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДОРΟΣЛИХ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО АСПЕКТУ

### 3.1. Мета, завдання та структура психокорекційної програми

На основі результатів емпіричного дослідження, представлених у попередньому розділі, була розроблена психокорекційна програма профілактики суїцидальної поведінки дорослих з урахуванням гендерного аспекту.

Мета програми: зниження ризику суїцидальної поведінки у дорослих чоловіків і жінок шляхом розвитку адаптивних копінг-стратегій, підвищення рівня життєстійкості та покращення соціально-психологічної адаптації з урахуванням гендерних особливостей.

Завдання програми:



Структура програми:

Програма складається з 12 сесій, кожна тривалістю 2 години, які проводяться двічі на тиждень протягом 6 тижнів. Кожна сесія включає теоретичну частину, практичні вправи та групову дискусію. Програма розроблена з урахуванням гендерних особливостей і передбачає окремі групи для чоловіків і жінок, а також спільні сесії.

Тематичний план сесій:

1. Вступ. Знайомство з програмою та учасниками.
2. Розуміння суїцидальної поведінки та її причин.
3. Емоційна грамотність та регуляція емоцій (гендерно-специфічна).
4. Стрес-менеджмент та розвиток життєстійкості.
5. Адаптивні копінг-стратегії (гендерно-специфічна).
6. Міжособистісна комунікація та вирішення конфліктів.
7. Самосприйняття та самооцінка (гендерно-специфічна).
8. Робота з негативними думками та когнітивними спотвореннями.
9. Планування майбутнього та постановка цілей.
10. Розвиток соціальної підтримки (гендерно-специфічна).
11. Інтеграція навичок та профілактика рецидивів.
12. Завершення програми та планування подальшої підтримки.

Методи та техніки, які використовуються в програмі:



Оцінка ефективності програми передбачає проведення перед- та післятестування учасників з використанням методик, застосованих у емпіричному дослідженні, а також оцінку динаміки суїцидальних думок та поведінки.

Таким чином, розроблена психокорекційна програма враховує гендерні особливості суїцидальної поведінки дорослих і спрямована на комплексний розвиток психологічних ресурсів, необхідних для ефективною профілактики суїцидальної поведінки.

### **3.2. Зміст психокорекційної роботи з чоловіками, схильними до суїцидальної поведінки**

Психокорекційна робота з чоловіками, схильними до суїцидальної поведінки, враховує специфічні гендерні особливості, виявлені в ході емпіричного дослідження. Програма спрямована на подолання типових для чоловіків факторів ризику та розвиток захисних факторів.



1. Робота з емоційною сферою. Розвиток навичок розпізнавання та вербалізації емоцій. Чоловіків навчають ідентифікувати свої емоційні стани, використовуючи техніки "емоційного термометру" та ведення щоденника емоцій. Подолання стереотипів щодо "чоловічої емоційності". Проводяться групові дискусії про соціальні очікування та їх вплив на емоційне життя чоловіків. Навчання технікам управління гнівом та агресією, які часто маскують депресивні стани у чоловіків.
2. Розвиток адаптивних копінг-стратегій. Акцент на проблемно-орієнтованих стратегіях, які є більш характерними для чоловіків. Навчання структурованому підходу до вирішення проблем. Розширення репертуару копінг-стратегій, включаючи емоційно-орієнтовані та стратегії пошуку соціальної підтримки. Робота з унікаючою поведінкою, особливо зловживанням алкоголем як способом копіngu.
3. Підвищення життєстійкості. Розвиток навичок стрес-менеджменту з акцентом на фізичні методи зниження стресу (спорт, дихальні техніки). Формування позитивного мислення та оптимістичного погляду на майбутнє. Робота над підвищенням самоефективності та впевненості у власних силах.
4. Покращення соціальної підтримки. Розвиток навичок міжособистісної комунікації, з акцентом на вираження емоцій та прохання про допомогу. Створення та зміцнення соціальних зв'язків, подолання соціальної ізоляції. Навчання навичкам активного слухання та емпатії для покращення якості стосунків.
5. Робота з когнітивними спотвореннями. Виявлення та корекція типових для чоловіків когнітивних спотворень, таких як "все або нічого" мислення та надмірна генералізація. Розвиток гнучкості мислення та здатності розглядати альтернативні погляди на ситуацію.
6. Формування нової ідентичності та життєвих цілей. Робота над переосмисленням ролі чоловіка в сучасному суспільстві, подолання обмежуючих стереотипів. Допомога у визначенні життєвих цілей та

створенні плану їх досягнення. Розвиток навичок самомотивації та самодисципліни.

7. Профілактика рецидивів. Навчання навичкам раннього розпізнавання ознак погіршення психологічного стану. Створення індивідуального плану безпеки на випадок кризових ситуацій. Розвиток навичок самодопомоги та саморегуляції.

Методи роботи:

- індивідуальні консультації для глибокої роботи з особистими проблемами.
- групові сесії для обміну досвідом та взаємної підтримки.
- психоедукаційні лекції про природу суїцидальної поведінки та методи її подолання.
- практичні вправи та рольові ігри для відпрацювання нових навичок.
- домашні завдання для закріплення набутих знань та навичок.

Важливим аспектом роботи є створення атмосфери довіри та безпеки, де чоловіки можуть відкрито говорити про свої проблеми без страху осуду. Програма також включає елементи фізичної активності та творчого самовираження, які можуть бути особливо корисними для чоловіків.

Таким чином, психокорекційна робота з чоловіками, схильними до суїцидальної поведінки, спрямована на комплексне вирішення проблем емоційної регуляції, соціальної підтримки, когнітивних спотворень та життєвих цілей з урахуванням специфічних гендерних особливостей та потреб чоловіків.

### **3.3. Зміст психокорекційної роботи з жінками, схильними до суїцидальної поведінки**

Психокорекційна робота з жінками, схильними до суїцидальної поведінки, враховує специфічні гендерні особливості, виявлені в ході емпіричного дослідження. Програма спрямована на подолання типових для жінок факторів ризику та розвиток захисних факторів.

1. Робота з емоційною сферою. Розвиток навичок емоційної регуляції, особливо в контексті високої афективності, характерної для жінок. Навчання технікам управління тривогою та депресією, які частіше зустрічаються у жінок. Робота з емоційною лабільністю та імпульсивністю через техніки майндфулнес та діалектично-поведінкової терапії.
2. Розвиток адаптивних копінг-стратегій. Навчання балансу між емоційно-орієнтованими та проблемно-орієнтованими стратегіями копіngu. Робота над зменшенням використання неадаптивних стратегій, таких як румінація та уникнення. Розвиток навичок асертивності та впевненої поведінки.
3. Підвищення самооцінки та самоприйняття. Робота з негативним образом тіла та перфекціонізмом, які часто зустрічаються у жінок. Розвиток позитивного самосприйняття та самоспівчуття. Подолання гендерних стереотипів та обмежуючих переконань.
4. Покращення міжособистісних відносин. Розвиток навичок встановлення здорових меж у стосунках. Робота з залежністю у стосунках та страхом самотності. Навчання ефективній комунікації та вирішенню конфліктів.
5. Робота з травматичним досвідом. Обробка травматичних подій, особливо пов'язаних з насильством та зловживаннями. Навчання технікам стабілізації при посттравматичних реакціях. Розвиток посттравматичного зростання та резильєнтності.
6. Управління стресом та життєвими ролями. Навчання технікам балансу між різними життєвими ролями (робота, сім'я, особисте життя). Розвиток навичок тайм-менеджменту та самоорганізації. Робота зі стресом, пов'язаним з соціальними очікуваннями та тиском.
7. Розвиток життєстійкості та сенсу життя. Допомога у визначенні життєвих цілей та цінностей. Розвиток оптимізму та позитивного мислення.
8. Формування навичок прийняття рішень та вирішення проблем



Методи роботи:

- індивідуальні консультації для глибокої роботи з особистими проблемами.
- групові сесії для обміну досвідом та взаємної підтримки.
- арт-терапевтичні техніки для вираження емоцій та самопізнання.
- тілесно-орієнтовані практики для роботи з психосоматичними проявами.
- когнітивно-поведінкові техніки для роботи з негативними думками та переконаннями.
- практики майндфулнес для розвитку усвідомленості та емоційної регуляції.

Важливим аспектом роботи є створення безпечного та підтримуючого середовища, де жінки можуть відкрито ділитися своїми переживаннями та отримувати підтримку. Програма також включає елементи самовираження через творчість та фізичну активність, що може бути особливо корисним для жінок.

Таким чином, психокорекційна робота з жінками, схильними до суїцидальної поведінки, спрямована на комплексне вирішення проблем емоційної регуляції, самооцінки, міжособистісних стосунків та життєвих ролей з урахуванням специфічних гендерних особливостей та потреб жінок.

### Висновки до розділу 3

Розроблена психокорекційна програма профілактики суїцидальної поведінки дорослих враховує гендерні особливості, виявлені в ході емпіричного дослідження, та спрямована на комплексний розвиток психологічних ресурсів, необхідних для ефективної профілактики суїцидальної поведінки.

Програма складається з 12 сесій, що проводяться протягом 6 тижнів, та включає як спільні, так і гендерно-специфічні компоненти. Така структура дозволяє ефективно адресувати як загальні, так і гендерно-специфічні фактори ризику суїцидальної поведінки.

Психокорекційна робота з чоловіками фокусується на подоланні емоційних бар'єрів, розвитку адаптивних копінг-стратегій, підвищенні життєстійкості та покращенні навичок пошуку соціальної підтримки. Особлива увага приділяється подоланню гендерних стереотипів щодо "чоловічої емоційності" та формуванню нової, більш гнучкої ідентичності.

У роботі з жінками акцент робиться на розвитку навичок емоційної регуляції, підвищенні самооцінки та самоприйняття, покращенні міжособистісних відносин та балансуванні різних життєвих ролей. Значна увага приділяється роботі з травматичним досвідом та подоланням гендерних стереотипів.

Програма використовує різноманітні методи та техніки, включаючи когнітивно-поведінкові, діалектично-поведінкові, арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані підходи, що дозволяє враховувати індивідуальні особливості та потреби учасників.

Важливим компонентом програми є створення безпечного та підтримуючого середовища, де учасники можуть відкрито ділитися своїми переживаннями та отримувати підтримку, що особливо важливо в контексті гендерних особливостей прояву та переживання емоцій.

Програма включає елементи профілактики рецидивів, навчаючи учасників навичкам раннього розпізнавання ознак погіршення стану та створення індивідуальних планів безпеки, що є критично важливим для довгострокової ефективності профілактики суїцидальної поведінки.

Розроблена програма є гнучкою та може бути адаптована до різних умов реалізації (клінічні умови, громадські організації, онлайн-формат), що підвищує її практичну цінність та потенціал впровадження.

Оцінка ефективності програми передбачає комплексний підхід, включаючи як кількісні (психодіагностичні методики), так і якісні (зворотній зв'язок від учасників) методи, що дозволяє всебічно оцінити її вплив на різні аспекти психологічного благополуччя учасників.

Розроблена психокорекційна програма має потенціал не лише для безпосередньої профілактики суїцидальної поведінки, але й для загального покращення психічного здоров'я та якості життя учасників, сприяючи розвитку їх психологічної стійкості та адаптивних навичок.

Таким чином, запропонована психокорекційна програма представляє собою комплексний, гендерно-чутливий підхід до профілактики суїцидальної поведінки дорослих, що базується на сучасних наукових дослідженнях та враховує специфічні потреби чоловіків і жінок.

## **ВИСНОВКИ**

Проведене дослідження підтвердило наявність значущих гендерних відмінностей у проявах суїцидальної поведінки дорослих, що підкреслює необхідність гендерно-специфічного підходу до профілактики та терапії.

Виявлено, що жінки демонструють вищі показники за шкалами демонстративності, афективності та песимістичного сприйняття майбутнього, тоді як чоловіки мають вищі показники за шкалами соціального песимізму та неспроможності. Це вказує на різні психологічні механізми формування суїцидальної поведінки у чоловіків і жінок.

Встановлено, що жінки мають вищі рівні депресії та безнадійності, в той час як чоловіки демонструють вищу життєстійкість. Це свідчить про необхідність різних підходів до емоційної регуляції та розвитку психологічної стійкості у чоловіків і жінок.

Аналіз копінг-стратегій показав, що чоловіки частіше використовують проблемно-орієнтовані стратегії, тоді як жінки більш схильні до емоційно-орієнтованих стратегій та пошуку соціальної підтримки. Це вказує на важливість розширення репертуару копінг-стратегій для обох статей.

Дослідження виявило гендерні відмінності у мотивах та методах суїцидальних спроб: чоловіки частіше вказують на бажання померти і використовують більш летальні методи, тоді як жінки частіше прагнуть отримати допомогу або змінити ситуацію.

Встановлено, що різні життєві стресори мають різний вплив на суїцидальну поведінку чоловіків та жінок: втрата роботи має більший вплив на чоловіків, тоді як розлучення має більший вплив на жінок.

На основі отриманих результатів розроблено гендерно-специфічну психокорекційну програму профілактики суїцидальної поведінки дорослих, яка враховує виявлені особливості та спрямована на розвиток адаптивних копінг-стратегій, підвищення життєстійкості та покращення соціально-психологічної адаптації.

Програма включає як спільні, так і гендерно-специфічні компоненти, що дозволяє ефективно адресувати як загальні, так і гендерно-специфічні фактори ризику суїцидальної поведінки.

Психокорекційна робота з чоловіками фокусується на подоланні емоційних бар'єрів, розвитку адаптивних копінг-стратегій та підвищенні життєстійкості, тоді як робота з жінками акцентує увагу на розвитку навичок емоційної регуляції, підвищенні самооцінки та покращенні міжособистісних відносин.

Розроблена програма є гнучкою та може бути адаптована до різних умов реалізації, що підвищує її практичну цінність та потенціал впровадження в різних контекстах профілактики суїцидальної поведінки.

Дослідження підкреслює важливість комплексного підходу до профілактики суїцидальної поведінки, який враховує не лише індивідуально-психологічні, але й соціокультурні фактори, включаючи гендерні стереотипи та соціальні очікування.

Результати дослідження мають важливе теоретичне значення для розуміння гендерних аспектів суїцидальної поведінки та практичне значення для розробки ефективних стратегій профілактики та інтервенції.

Таким чином, проведене дослідження не лише поглиблює розуміння гендерних особливостей суїцидальної поведінки дорослих, але й пропонує конкретні шляхи вдосконалення профілактичних заходів з урахуванням цих особливостей, що може сприяти зниженню рівня самогубств та покращенню психічного здоров'я населення в цілому.

Перспективами подальших досліджень є порівняльний аналіз гендерних особливостей суїцидальної поведінки в різні вікові періоди.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Грицюк І.М., Магдисюк Л.І. Дослідницькі методи в різних галузях практичної психології: навч. посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 248 с.
2. Діденко О. І. Суїцидальні наміри у психологічному портреті зло-чинця; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної пове-дінки: Діагностика, корекція, профілактика*: зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 152–155.
3. Дучимінська Т., Хлівна О., Ключко Л. Психологічний аналіз дослідження та психокорекції життєвої стійкості у студентів. *Психологія: реальність і перспективи*. Рівне: РДГУ, 2020. Вип. 14. С. 66-72.
4. Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Особливості психодіагностики рівня схильності до стресу у медичних працівників. *Перспективи та інновації науки*. Електронний журнал. Серія «Психологія», 2022. № 7 (12). С. 575-582.
5. Заброцький М., Скаковська Л., Лавренюк Л. Психологу про суїцид. *Психолог*. 2007. Трав. (№ 20). С. 25–30.
6. Коханенко Л. Проблеми самогубства: Погляди І. Сікорського та сучасні досліді. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 4. С. 49–51.
7. Логвиненко О. І., Тимощук О. В. Врахування детермінантів профе-сійної деформації працівників ОВС як фактор запобігання суїци-дальним проявам; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидаль-ної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика*: зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 103–106.
8. Магдисюк Л., Замелюк М., Безпарточна О., Борбич Н. Психологічна допомога дитині та сім'ї: практикум. навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 280 с.
9. Магдисюк Л. І. Психологічна готовність особистості до виходу на пенсію: дис. ... канд.. псих. наук: 19.00.01. Луцьк. 355 с.

- 10.Магдисюк Л., Хлівна О., Дучимінська Т. Арттерапевтичний підхід в роботі практичного психолога зі страхом майбутнього в осіб похилого віку. Психолого-педагогічна допомога особистості засобами арттерапії: міжнародна колективна моногр. Переяслав: Домбровська Я.М., 2020. С.160-173.
11. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консуль-тування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
- 12.Мушкевич М. І. Психологічний супровід сімей, що мають проблемних дітей: автореф. дис. ... д-ра. псих. наук: 19.00.07. Київ, 2020. 40 с.
- 13.Мушкевич М. Психологічний супровід сімей, що мають проблемних дітей: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 464 с.
- 14.Мушкевич М. І., Федоренко Р. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Психологія молодого сім'ї: монографія. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 308 с.
- 15.Мушкевич М. Результативність психологічного супроводу для розвитку показників особистісного функціонування членів сімей, що мають проблемних дітей. Психологічні перспективи. Луцьк: ВНУ імені Лесі Українки, 2021. Вип. 38, 202-219.
- 16.Патопсихологія суїцидальної поведінки / за ред. В. П. Москальця. *Психологія суїциду*. Київ, 2004. С. 145–209.
- 17.Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
- 18.Психологія суїциду: посіб. / за ред. В. П. Москальця. Київ: Академвидав, 2004. 286 с.
- 19.Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. моногр. / за заг. ред. М. Мушкевич 2-ге вид. змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 356 с.
- 20.Сила дихання: психологічні засоби відновлення: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 120 с.

- 21.Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: моно-графія. Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
- 22.Федоренко Р. П. Психологія сім'ї [Текст]: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2024. 628 с.
- 23.Федоренко Р. П. Психологія суїциду: навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 340 с.
- 24.Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст]: навч. посіб. [для студентів вищ.навч.закл.]. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк. 2023. 520 с.
- 25.Федоренко Р. , Мушкевич М. , Коширець В. Психологічне консультування та психотерапія: зміст, прийоми, технології суїциду: навч. посіб. [для студентів вищ. навч. закл.]. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 300 с.
- 26.Хлівна О. М., Магдисюк Л. І. Психологія тілесності: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк. 2022. 192 с.
- 27.Шкарлатюк К.І. Медитативні казки як ресурс особистісного розвитку дитини з психофізичними порушеннями. Психологія: реальність і перспективи. Рівне, 2017. Вип. 8. С. 300–304.
- 28.Шкарлатюк К. І., Федоренко Р. П., Магдисюк Л. І. Дизайн психологічного дослідження: організація та проведення практики практичних психологів: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 332 с.
- 29.Шкарлатюк К.І., Хлівна О.М. Структурування психоконсультативного процесу у дизайні психологічного дослідження. Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»). № 8 (13), 2022. С. 444-454.
- 30.Шмиголь А. Хлівна О. Консультативна робота психолога з феноменом тривожності. Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. С. 174 - 178.

31. American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (6th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
32. Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2021). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101-105.
33. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425.
34. Barzilay, S., & Apter, A. (2022). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295-312.
35. Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2019). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406-417.
36. Berman, A. L., Silverman, M. M., & Bongar, B. M. (2020). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press.
37. Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2021). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-1100.
38. Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33.
39. Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2020). Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 185-200.
40. Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (2019). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
41. Cha, C. B., Franz, P. J., M. Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 460-482.

42. Colucci, E., & Lester, D. (Eds.). (2023). *Suicide and culture: Understanding the context*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
43. Conner, K. R., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Conwell, Y., Phillips, M. R., & Schneider, B. (2022). The next generation of psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 594-613.
44. Christensen, H., Batterham, P. J., & O'Dea, B. (2019). E-health interventions for suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(8), 8193-8212.
45. Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (2022). U.S.A. suicide: 2020 official final data. Washington, DC: American Association of Suicidology.
46. Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, 382(3), 266-274.
47. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2021). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
48. Gvion, Y., & Apter, A. (2020). Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews*, 34(2), 9.
49. Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2023). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17-28.
50. Jobes, D. A. (2019). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640-653.
51. Joiner, T. E. (2018). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
52. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2022). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330.
53. Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2020). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment

- among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLOS ONE*, 11(6), e0156322.
54. Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
55. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Hendin, H. (2019). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
56. Magdysiuk L. I., Demchuk V. B., Pavlova B. V. Suchasni pidkhody profilaktyky deviantnoi povedinky u diialnosti psykholohichnoi sluzhby. URL: <https://pp-msu.com.ua/uk/article/suchasni-pidkhod>
57. Mushkevych, V., Mushkevych, M., Fedorenko, R., & Khlivna, O. Psychodiagnostic of Individual Perceptions of Marriage and Family Relationships in Modern Youth. URL: <https://www.rj4allpublications.com/product/psychodiagnostic-of-individual-perceptions-of-marriage-and-family-relationships-in-modernyouth/>
58. World Health Organization. (2023). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
59. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Zohar, J. (2021). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30030-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30030-X/fulltext)
60. Zisook, S., Trivedi, M. H., Warden, D., Lebowitz, B., Thase, M. E., Stewart, J. W., ... & Rush, A. J. (2020). Clinical correlates of the worsening or emergence of suicidal ideation during SSRI treatment of depression: An examination of citalopram in the STAR\* D study. *Journal of Affective Disorders*, 117(1-2), 63-73. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032709000627>

