


Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

Допущено до захисту

Завідувач кафедру

 Катерина ПЕТРОВСЬКА

«16» листопада 2025 р.

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-
ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ З ПРОЯВАМИ
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувач другого рівня вищої
освіти, групи м 22 СР(б)

Галузь знань 23 Соціальна робота

Спеціальність 231 Соціальна робота

Освітньо-професійна програма: Поствоєнна
соціально-психологічна реабілітація

Анна ЗАБАВА

Керівник:

к.пед.н., доцент Анастасія ПОПОВА

Рецензент:

к.пед.н., доцент Наталя ЦИБУЛЯК

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ З ПРОЯВАМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	9
1.1. Суїцидальна поведінка ветеранів війни: сутність та прояви.....	9
1.2. Особливості соціально-психологічного супроводу ветеранів війни у разі проявів суїцидальної поведінки.....	18
1.3. Технологія профілактики суїцидальної поведінки в ветеранів війни під час соціально-психологічного супроводу.....	22
Висновок до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ.....	32
2.1. Дослідження схильності ветеранів війни до проявів суїцидальної поведінки.....	32
2.2. Обґрунтування програми профілактики суїцидальної поведінки ветеранів війни в системі соціально-психологічного супроводу.....	41
2.3. Практичні рекомендації з організації профілактичної роботи з ветеранами війни, які мають суїцидальні прояви в системі соціально-психологічного супроводу.....	51
Висновки до другого розділу.....	56
ВИСНОВКИ.....	58
ДЕКЛАРАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	70

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна Україна переживає тривалий період воєнних дій, що супроводжується глибокими соціальними трансформаціями та численними гуманітарними викликами. Одним із найбільш вагомих наслідків війни є зростання кількості ветеранів, які повертаються до цивільного життя з досвідом бойових дій, психологічними травмами та труднощами адаптації. Значна частина з них стикається з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), тривожними та депресивними станами, соціальною ізоляцією, втратою сенсу життя. У таких умовах одним із найнебезпечніших проявів психоемоційної дезадаптації стає суїцидальна поведінка, яка часто розвивається на тлі невчасно діагностованих або проігнорованих психічних розладів і відсутності належної системної підтримки, що обумовлює нагальну потребу у створенні ефективної системи соціально-психологічного супроводу, орієнтованої на профілактику та подолання цих проблем.

Незважаючи на актуальність проблеми, точна статистика суїцидальних випадків серед ветеранів залишається недоступною для широкої громадськості через засекреченість даних. Водночас, за свідченням колишнього головного військового прокурора України Анатолія Матіуса, станом на квітень 2018 року, понад 550 учасників бойових дій вчинили самогубство, і більшість із них мали недіагностовані психічні розлади, передусім ПТСР [23]. Ці дані лише частково відображають масштаби проблеми та свідчать про глибоку кризу в системі виявлення та попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів.

Суїцидальна поведінка є складним, багатоаспектним явищем, яке формується під впливом низки факторів – психологічних, соціальних, фізіологічних і культурних. Військові, які пережили бойовий стрес, втрати побратимів, поранення або полон, часто мають труднощі з реінтеграцією в мирне суспільство, відчувають емоційне виснаження, втрату сенсу життя та

соціальну ізоляцію. Відсутність комплексного підходу до соціально-психологічного супроводу лише поглиблює кризові стани, сприяючи формуванню суїцидальних думок і поведінки.

У цих умовах особливої важливості набуває створення та впровадження ефективних профілактичних програм, що базуються на комплексній оцінці психоемоційного стану ветеранів. Такий підхід передбачає обов'язкове врахування рівня ПТСР, ступеня соціальної підтримки, адаптаційних ресурсів та індивідуальних життєвих обставин. Лише системна, цілісна модель соціально-психологічного супроводу здатна забезпечити своєчасне виявлення ризиків і формування дієвих механізмів підтримки, спрямованих на збереження життя, здоров'я та соціального функціонування ветеранів.

Таким чином, актуальність дослідження зумовлена як об'єктивними соціальними викликами сьогодення, так і нагальною потребою у науково обґрунтованих підходах до профілактики суїцидальної поведінки в системі соціальної роботи з ветеранами війни. Вивчення цієї проблеми сприятиме підвищенню ефективності реабілітаційних заходів, забезпеченню психічного благополуччя військовослужбовців та зміцненню системи соціального захисту в постконфліктному суспільстві.

Серед психологів, соціологів та фахівців із соціальної роботи, що досліджують питання суїцидальної поведінки ветеранів війни, варто відзначити низку ґрунтовних наукових напрацювань. Так, у працях Т. Горбань та В. Синишина проаналізовано соціально-психологічні чинники суїцидальності, зокрема роль посттравматичного стресового розладу (ПТСР), соціальної ізоляції та труднощів адаптації до мирного життя. Автори акцентують увагу на важливості емоційної підтримки, соціальної включеності та психологічного супроводу. І. Коваль досліджує взаємозв'язок між депресивними станами, пережитими психотравмами та формуванням суїцидальних намірів серед військовослужбовців. Л. Кисельова, О. Гульбс та О. Кобець розглядають можливості психологічної реабілітації ветеранів, наголошуючи на необхідності впровадження комплексних програм

підтримки, а також вивчають зарубіжний досвід. В. Мельник, Я. Мацегора, М. Байда та І. Приходько зосереджуються на проблемі вживання психоактивних речовин, доводячи, що алкоголізм та наркотична залежність значно підвищують ризики суїцидальної поведінки. І. Ткаченко акцентує увагу на впливі хронічного болю та фізичних травм на психологічний стан ветеранів, а також на формуванні суїцидальних тенденцій на тлі фізичного страждання. У роботах К. Возніциної та Л. Литвиненко розкриваються психологічні, соціальні й культурні чинники суїцидальної поведінки, а також окреслюються напрями її профілактики в умовах поствоєнного суспільства.

Незважаючи на наявність значного масиву теоретичних і практичних напрацювань, актуальним залишається цілий ряд наукових суперечностей і практичних проблем, що ускладнюють організацію ефективної системи соціально-психологічного супроводу ветеранів з проявами суїцидальної поведінки. Зокрема, у науковому і професійному середовищі спостерігається суперечності між: масштабами проблеми суїцидальної поведінки серед ветеранів та недостатньою доступністю достовірних статистичних даних, що обмежує можливість її комплексного аналізу та планування ефективних інтервенцій. Брак відкритих джерел пов'язаний із засекреченістю інформації, що знижує прозорість у сфері надання допомоги; визнанням важливості психологічної підтримки ветеранів і збереженням стигматизації психічних розладів у суспільстві, що перешкоджає своєчасному зверненню ветеранів по фахову допомогу та створює бар'єри у сприйнятті психосоціального супроводу; потребою у вузькопрофільних фахівцях (психологах, психотерапевтах, соціальних працівниках), які володіють спеціалізованими знаннями щодо роботи з ветеранами, і фактичною нестачею таких кадрів у реабілітаційних та соціальних установах; декларативним функціонуванням державних програм підтримки ветеранів та фактичною відсутністю ресурсного забезпечення й практичної реалізації багатьох із них, що змушує спиратись переважно на волонтерські та громадські ініціативи; фрагментарністю медичних, соціальних та психологічних послуг і

необхідністю цілісного, міждисциплінарного підходу, який би враховував комплексну природу суїцидальної поведінки та потреби конкретної людини; між складністю соціальної реінтеграції ветеранів та недостатнім рівнем підготовки громадськості й родичів до конструктивної взаємодії з ветеранами, що призводить до соціальної ізоляції, зниження мотивації до адаптації та формування відчуття втрати сенсу життя.

Для ефективного вирішення цих питань потрібен комплексний підхід, що включає підвищення рівня обізнаності, розвиток фахової підготовки фахівців із соціальної роботи, фахівців із супроводу ветеранів та демобілізованих осіб, психологів, забезпечення адекватного фінансування та створення ефективних програм соціально-психологічного супроводу.

Необхідність розв'язання окреслених суперечностей, актуальність та доцільність вдосконалення підходів до соціально-психологічного супроводу ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки, а також об'єктивна потреба в осучасненні змісту та методів соціальної роботи в умовах постконфліктного суспільства, зумовили вибір теми магістерської роботи **«Теоретико-методичні засади соціально-психологічного супроводу ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки»**.

Об'єкт дослідження – соціально-психологічний супровід ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки..

Предмет дослідження – технологія профілактики суїцидальної поведінки в системі соціально-психологічного супроводу ветеранів війни.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати технологію профілактики суїцидальної поведінки ветеранів війни в системі соціально-психологічного супроводу та експериментально перевірити її ефективність задля покращення психологічного стану та подолання кризи.

Гіпотеза дослідження: рівень схильності до суїцидальної поведінки у ветеранів війни значно знизиться за умови впровадження ефективно розробленої програми профілактики в системі соціально-психологічного супроводу, яка буде враховувати комплексну оцінку психоемоційного стану

ветеранів, зокрема рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР), ступінь соціальної підтримки та рівень адаптації до мирного життя. Застосування такої програми дозволить своєчасно виявляти осіб із різними рівнями ризику суїцидальної поведінки (високим, середнім та низьким) і сприятиме формуванню індивідуалізованих заходів психологічної допомоги, соціальної інтеграції та створенню ефективного плану соціально-психологічного супроводу для кожного ветерана.

Практична значущість роботи полягає у розробці профілактичної програми, яка може бути використана у діяльності реабілітаційних центрів, організацій соціальної роботи та психологічної допомоги ветеранам війни в системі соціально-психологічного супроводу.

Відповідно до мети, об'єкта та предмета дослідження визначені його **завдання:**

1. Визначити сутність та основні прояви суїцидальної поведінки серед ветеранів війни.
2. Проаналізувати особливості соціально-психологічного супроводу ветеранів у випадках проявів суїцидальної поведінки.
3. Описати технологію профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів війни.
4. Експериментально перевірити рівень схильності ветеранів війни до проявів суїцидальної поведінки та розробити та обґрунтувати програму профілактики суїцидальної поведінки в системі соціально-психологічного супроводу.
5. Надати практичні рекомендації щодо організації профілактичної роботи з ветеранами війни, які мають прояви суїцидальної поведінки.

Методи дослідження. Для вирішення зазначених завдань використовувались наступні методи, а саме: *теоретичні* (аналіз та синтез з метою вивчення літературних джерел, дослідження сутності та проявів суїцидальної поведінки ветеранів війни; логічний аналіз – для формулювання

висновків та обґрунтування теоретичних положень); *конкретно-наукові методи* (категоріальний аналіз – для розкриття сутності основних понять і категорій; структурно-функціональний аналіз – для дослідження механізмів і принципів організації волонтерської діяльності; структурно-логічний аналіз – для виокремлення та опису основних компонентів профілактики суїцидальної поведінки в системі соціально-психологічного супроводу); *емпіричні* (анкетування для вивчення соціально-психологічного стану ветеранів, виявлення ризиків суїцидальної поведінки та факторів, що впливають на неї; тестування для діагностики рівня схильності ветеранів до суїцидальної поведінки); *статистичні методи обробки даних* (для обробки результатів тестування, анкетування, експерименту та інтерпретації результатів); *методи проектування і моделювання* (розробка програми – для планування та реалізації заходів, спрямованих на профілактику суїцидальної поведінки ветеранів війни).

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (усього 54 найменування, з них 1 – іноземною мовою) та додатків на 14 сторінках. Повний обсяг магістерської роботи становить 84 сторінки, основний зміст викладено на 58 сторінках. Робота містить 15 таблиць та 6 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ З ПРОЯВАМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Суїцидальна поведінка ветеранів війни: сутність та прояви.

Суїцидальна поведінка серед ветеранів війни є однією з найгостріших соціально-психологічних проблем сучасності. В умовах повномасштабного збройного конфлікту в Україні дедалі більше військовослужбовців повертаються до мирного життя, стикаючись із глибокими психологічними, емоційними та соціальними труднощами. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), втрата побратимів, поранення, складнощі з адаптацією, відсутність належної соціальної підтримки – усі ці чинники значною мірою підвищують ризик формування суїцидальної поведінки. Багато ветеранів переживають стан глибокої внутрішньої кризи, що нерідко залишається непоміченою оточенням і вчасно не коригується фахівцями.

З метою глибшого наукового розуміння проблеми доцільно звернутися до історичних витоків поняття "суїцид". Уперше цей термін був уведений у науковий обіг у 1642 році англійським лікарем і філософом Томасом Брауном, який утворив його від латинських слів *sui* – себе та *caedere* – вбивати. Відтоді вивчення природи самогубств привернуло увагу фахівців різних галузей – медицини, психології, соціології, етики. Упродовж ХХ століття це привело до формування окремої міждисциплінарної галузі знань – суїцидології, яка досліджує причини, прояви та шляхи профілактики самогубств [20, с. 6].

У сучасній науковій літературі існує низка визначень суїциду, що загалом трактують його як усвідомлений акт самопозбавлення життя, що є результатом дії комплексу особистісних, соціально-психологічних та психофізіологічних чинників [44, с. 7–8]. Згідно з визначенням, наведеним у посібнику «Невидимі наслідки війни», суїцид – це навмисне самоушкодження з летальним завершенням, що виникає у випадках, коли життя втрачає цінність

або сенс через глибокі психотравмуючі обставини, емоційну дестабілізацію, втрату соціальних зв'язків, а також особистісні деформації [31, с. 85].

Суїцид (самогубство) є завершальною формою деструктивної поведінки, якій передують низка психічних, емоційних та поведінкових проявів, що об'єднуються поняттям "суїцидальна поведінка". Вона охоплює весь спектр процесів – від внутрішніх переживань, думок, фантазій про смерть до формування конкретного плану та суїцидальних спроб. Саме аналіз суїцидальної поведінки має першочергове значення в контексті профілактики самогубств і формування системи допомоги ветеранам [2].

Питання суїцидальної поведінки ветеранів активно вивчається у вітчизняній науковій спільноті. Дослідники з різних галузей – психології, соціальної роботи, психіатрії – зосереджують увагу на різних аспектах проблеми: від психоемоційних чинників до впливу фізичних травм і соціального середовища. У Таблиці 1.2.1 систематизовано основні напрями досліджень українських науковців, які вивчають суїцидальні прояви серед ветеранів війни.

Таблиця 1.1.1

Опис наукових досліджень суїцидальних проявів ветеранів війни

Напрямок дослідження	Автор та опис
Соціально-психологічні аспекти суїцидальної поведінки ветеранів	Дослідження В. Синишиной, І. Коваль присвячені соціально-психологічним аспектам суїцидальної поведінки ветеранів. Аналізується вплив ПТСР, соціальної ізоляції та труднощів адаптації до мирного життя. Особливу увагу приділено ролі емоційної підтримки та соціальної інтеграції як ключових факторів зниження ризику суїцидальних проявів.
Реабілітаційні та профілактичні заходи	Л. Кисельова, Т. Титаренко, М. Дворник досліджують можливості психологічної реабілітації ветеранів війни, наголошуючи на важливості розробки комплексних програм підтримки, спрямованих на запобігання суїцидальній поведінці. Праці містять рекомендації щодо ефективних методів соціальної та психологічної допомоги.

Фізичні чинники та соціокультурні аспекти	І. Ткаченко та С. Саржевський досліджують зв'язок між фізичними травмами, хронічним болем та психоемоційним станом ветеранів. Дослідження демонструють, що фізичні страждання можуть суттєво посилювати депресивні настрої та суїцидальні тенденції. Проблематика суїцидальної поведінки серед ветеранів війни також розглядається у працях українських науковців К. Вознічиної та Л. Литвиненко. Вони досліджують психологічні, соціальні та культурні фактори, що впливають на психоемоційний стан ветеранів, та пропонують методи профілактики кризових станів у цій категорії населення.
Залежності та психоактивні речовини.	Вплив психоактивних речовин на психічний стан ветеранів аналізує І. Приходько, М. Байда, В. Мельник. Вони підкреслюють, що залежність від алкоголю чи наркотиків значно підвищує ризик суїциду, а отже, необхідні спеціальні програми боротьби з такими залежностями серед колишніх військових.

Таблиця систематизована автором на основі джерел [43, с. 118 – 121; 52, 154 с.; 44, 87 с.; 31 ; 35; 1].

Суїцидальна поведінка виявляється у різних формах. Так, зокрема, у практичному посібнику «Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України» (2020) подано детальну класифікацію форм суїцидальної поведінки (див. рисунок 1.1.1). Вона включає як внутрішні (думки, наміри, задуми), так і зовнішні прояви (висловлювання, демонстрації, спроби).

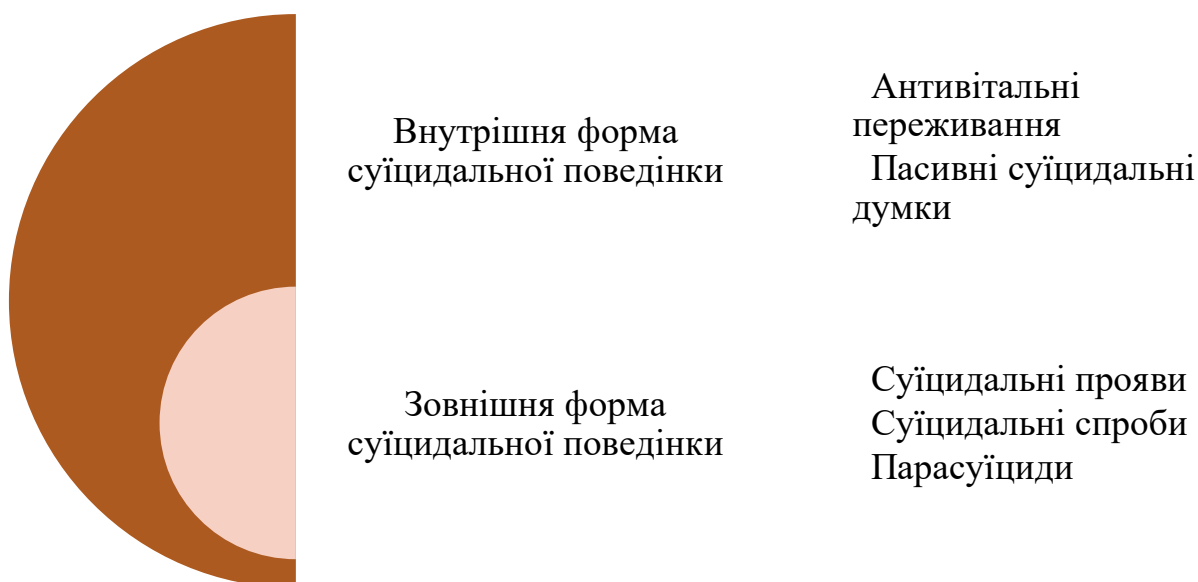


Рисунок 1.1.1. Форми суїцидальної поведінки [20, с. 7].

Подана на рисунку класифікація дозволяє розглядати суїцидальну поведінку не як одноразовий акт, а як поступовий процес, що проходить через кілька психологічних та поведінкових етапів.

Внутрішній рівень охоплює:

- антивітальні переживання — загальне небажання жити без конкретних уявлень про власну смерть;
- пасивні суїцидальні думки — роздуми чи фантазії про можливу смерть, без наміру чи плану позбавити себе життя;
- суїцидальні задуми — формування плану щодо самогубства, визначення способу та часу;
- суїцидальні наміри — прийняття рішення про суїцид, що виникає під впливом поєднання внутрішніх переживань та зовнішніх обставин [17].

Зовнішній рівень включає наступні прояви:

- суїцидальні демонстрації — вербальні натяки, висловлювання чи окремі дії, які не містять реальних кроків до самознищення;
- суїцидальні спроби — будь-які дії, спрямовані на позбавлення себе життя, що не завершилися смертю через випадкові фактори (наприклад, втручання інших людей чи медична допомога);

– парасуїциди — демонстративні або маніпулятивні дії, ціллю яких є отримання певної реакції або соціального ефекту, а не справжнє бажання померти [20, с. 7].

Крім форм поведінки, в літературі також окреслено класифікацію самогубств за способом, кількістю та характером учинення:

1. За способом самогубства найпоширенішими є [20, с. 8]:

- самоповішання,
- самоудавлення,
- самоутоплення,
- самоотруєння,
- самоспалення,
- самогубство за допомогою колючих та ріжучих предметів,
- використання вогнепальної зброї,
- застосування електричного струму,
- падіння з висоти,
- потрапляння під транспорт або механізми,
- відмова від їжі

2. За кількісним показником розрізняють:

- індивідуальні суїциди (одна особа),
- масові (одночасне або послідовне самогубство кількох осіб, часто об'єднаних ідеологічно або емоційно).

3. За характером вчинення виокремлюють [31, с. 85-86]:

- Демонстративний характер – передбачає дії, спрямовані на привернення уваги оточення без справжнього наміру завершити життя. Часто такі акти є імпульсивними та здійснюються з розрахунком на порятунок, однак іноді закінчуються фатально.

- Афективний характер – дії в стані емоційного збудження або афекту, що виникають раптово, під впливом інтенсивного стресу, і можуть бути як демонстративними, так і щирими спробами самогубства.

- Істинний характер – обдуманий і цілеспрямований акт самогубства, зазвичай з ретельним плануванням, відсутністю натяків чи звернень до оточення, і високою летальністю дії. Часто супроводжується записками або іншими засобами самопояснення мотивів.

Суїцидальна поведінка серед ветеранів формується під впливом складного поєднання психологічних, соціальних і культурних аспектів, що обумовлює необхідність застосування комплексного підходу для їх профілактики та лікування. Розуміння цих факторів і вміння своєчасно виявляти ризики самогубства можуть суттєво зменшити кількість таких випадків серед ветеранів [6].

Ветерани часто стикаються з труднощами в адаптації до мирного життя, що пов'язано зі змінами у соціальному статусі, відчуттям ізоляції від родини та суспільства, фінансовими проблемами та почуттям власної непотрібності. Психологи зазначають, що багато ветеранів переживають відсутність належної емоційної підтримки, що підвищує ймовірність виникнення суїцидальних намірів [21, с. 311]. Вони проявляються в різних формах – від суїцидальних думок до реальних спроб. Основними чинниками, що підвищують ризик, є тривала стресова ситуація, труднощі з переживанням травматичних спогадів, вживання психоактивних речовин і відчуття безнадійності.

Спираючись на дослідження К. Возніциної та Л. Литвиненко, можна виокремити основні фактори ризику вчинення суїциду, антисуїцидальні (захисні) фактори, які стримують людину від реалізації суїцидальних намірів, а також маркери, що сигналізують про потенційний розвиток суїцидальної поведінки [31, с. 88-87]. У наукових працях дослідниць зазначається, що суїцид слід розглядати не як одномоментну дію, а як кінцеву стадію поступового процесу, зумовленого поєднанням психічних, емоційних і соціальних впливів.

Порушення балансу між факторами ризику та захисту може спричинити зростання внутрішньої напруги, деструктивних переживань і, зрештою,

призвести до суїцидальних дій. У свою чергу, своєчасне розпізнавання зовнішніх та внутрішніх маркерів суїцидальної поведінки дозволяє фахівцям ефективніше реагувати на кризові стани та попереджувати фатальні наслідки [3]. Узагальнені фактори ризику, захисту та маркери суїцидальної поведінки наведено в Таблиці 1.1.2.

Таблиця 1.1.2

Фактори та маркери ризику, захисні антисуїцидальні фактори

Фактори ризику суїциду	Захисні антисуїцидальні фактори	Маркери ризику
<p>соціально-демографічні чинники (вік та стать, рівень освіти, рід занять, сімейне становище, релігійні переконання, матеріальний стан);</p> <p>індивідуально-психологічні особливості (ключові риси особистості, ступінь сформованості та гармонійності її структури, узгодженість характерологічних рис, а також морально-етичні орієнтації та ціннісні уявлення);</p> <p>медичні передумови (стан психічного здоров'я та наявні соматичні захворювання).</p>	<p>міцні та стабільні стосунки з родиною;</p> <p>підтримка з боку різних спільнот і груп (ветеранські організації, побратимські зв'язки, об'єднання за інтересами);</p> <p>обмеження можливості отримати чи використовувати засоби, здатні спричинити смертельні наслідки, зокрема вогнепальну зброю;</p> <p>доступність медичної, психологічної та кризової підтримки без зайвих бар'єрів;</p> <p>розвиток умінь саморегуляції, конструктивного вирішення конфліктів та застосування мирних способів взаємодії;</p>	<p>відкрито висловлює свої суїцидальні наміри;</p> <p>заявляє, що його/її відсутність не стане значною втратою для оточення;</p> <p>теми смерті, депресії, самогубства проявляються у словах, розмовах, творчих роботах, малюнках, виборі літератури чи музики;</p> <p>роздає або дарує цінні речі, врегульовує борги, впорядковує особисті справи;</p> <p>має чіткий план, як здійснити суїцидальні наміри;</p>

	<p>світоглядні, культурні та релігійні переконання, що засуджують самогубство та підтримують цінність життя.</p>	<p>переважають емоції гніву, печалі, смутку, туги, різкі коливання настрою;</p> <p>відчуває сильне почуття безнадії та безпорадності;</p> <p>самоізолюється, уникає контактів з іншими людьми.</p>
--	--	--

Таблиця систематизована автором на основі джерел [31, с 87-88; 20, с.13-16; 28; 32].

Представлена таблиця узагальнює основні компоненти, що впливають на ймовірність формування або запобігання суїцидальної поведінки. Фактори ризику охоплюють соціально-демографічні характеристики, особистісні та медичні чинники, які можуть створювати передумови до внутрішньої кризи. У той час як захисні (антисуїцидальні) фактори відіграють роль стабілізуючих елементів – вони знижують суїцидальні наміри завдяки емоційній підтримці, соціальній інтеграції, доступу до фахової допомоги та сформованим навичкам саморегуляції [39].

Окрему категорію становлять маркери ризику, які є поведінковими, мовленнєвими або емоційними індикаторами кризового стану. Їх своєчасне виявлення – зокрема, проявів безнадійності, соціальної ізоляції, дарування особистих речей чи мови про смерть – має ключове значення для попередження фатальних дій [45]. Системне врахування цих ознак у роботі з ветеранами дозволяє підвищити ефективність профілактичних і реабілітаційних заходів.

Важливо виокремити основні чинники саморуйнівної поведінки ветеранів. Дослідивши роботи вітчизняних науковців можна виділити 6 основних соціальних та психологічних чинників, які можуть призвести до спроби добровільного позбавлення життя, які систематизовані в Таблиці 1.1.3.

Таблиця 1.1.3

Прояви суїцидальної поведінки серед ветеранів війни

Прояви	Опис
Суїцидальні думки та наміри	Ветерани, які пережили бойові дії, мають значно вищий ризик суїцидальних думок через постійну травматизацію і відсутність емоційної підтримки з боку суспільства. Ветерани війни часто переживають ПТСР, депресію, тривогу та відчуття безнадії. Ці стани можуть призвести до постійних думок про смерть або бажання позбутися життя (В. Синишина).
Погіршення психічного здоров'я та емоційні розлади	Відсутність ефективного лікування ПТСР може спричинити агресивні прояви, відчуття безвиході та суїцидальні прагнення. Ветерани, які не отримують належної психологічної допомоги, можуть зазнавати емоційних розладів, таких як депресія, тривожні розлади та психічні травми. Це підвищує ймовірність виникнення суїцидальних спроб (О. Гульбс, О. Кобець).
Алкогольна чи наркотична залежність	Вживання алкоголю та наркотиків серед ветеранів війни є одним із ключових факторів ризику розвитку суїцидальної поведінки. Ветерани війни часто вдаються до вживання психоактивних речовин як способу зняття стресу чи емоційного болю, що значно збільшує ризик суїцидальних спроб (М. Байда, І. Приходько).
Соціальна ізоляція та відчуття незатребуваності	Багато ветеранів після війни стикаються з проблемами адаптації, які посилюють ризик самогубства. Після повернення з війни ветерани часто відчують соціальну ізоляцію, що виникає через труднощі у відновленні зв'язків з родиною та суспільством, а також через почуття непотрібності в мирному житті. Відчуття марності свого існування може сприяти розвитку суїцидальних думок (Жданюк А.).
Фізичні травми та хронічний біль	Фізичні страждання, які не можуть бути полегшені, сприяють розвитку депресії та суїцидальних думок серед ветеранів. Ветерани, які отримали фізичні травми під час війни, можуть страждати від хронічного болю, що негативно впливає на їх психічний стан і підвищує ймовірність суїцидальних спроб (О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько, С. Чижевський).

Реальні суїциду спроби	Ветерани з високим рівнем стресу і без підтримки мають більш високий рівень реальних спроб самогубства. Суїцидальні спроби серед ветеранів можуть варіювати від легких спроб до більш серйозних актів. Важливим фактором є своєчасне виявлення суїцидальних намірів і надання психологічної допомоги, що може значно знизити ризик смерті (Кокун О.).
------------------------	---

Таблиця систематизована автором на основі джерел [43, с. 119; 54 ; 14; 35, с.71; 5 ; 20, с. 15-16.; 19, 206 с.; 18; 22].

Розуміння чинників ризику, своєчасне виявлення небезпечних станів та надання якісної допомоги є ключовими для зниження суїцидальних проявів. Важливим напрямом роботи з ветеранами є розробка та впровадження комплексних підходів, що об'єднують психологічну підтримку, соціальну адаптацію та реабілітацію. Ефективність таких заходів підвищується за умови міждисциплінарного підходу, в якому беруть участь соціальні працівники, психологи, медики та громадські організації [4].

Сучасні дослідження підкреслюють важливу роль соціально-психологічного супроводу у профілактиці суїцидальної поведінки серед ветеранів [31]. Створення підтримуючого середовища, робота з сім'ями, а також розвиток програм соціальної інтеграції є ефективними інструментами для зниження ризиків і покращення якості життя ветеранів. У наступному підпункті буде розглянуто особливості соціально-психологічного супроводу ветеранів війни у разі проявів суїцидальної поведінки.

1.2. Особливості соціально-психологічного супроводу ветеранів війни у разі проявів суїцидальної поведінки.

Соціально-психологічний супровід ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки – це системний процес, спрямований на поліпшення їхнього психоемоційного стану, соціальної адаптації та інтеграції в суспільство [13].

Соціально-психологічний супровід є важливим елементом системи захисту прав ветеранів і ґрунтується на низці законодавчих та нормативних актів, ухвалених Верховною Радою України та урядом. Хоча окремого нормативного документа, який би повністю регулював питання запобігання суїцидальній поведінці серед ветеранів, наразі не існує, ця проблема розглядається у межах забезпечення їхніх прав, охорони психічного здоров'я та надання соціальної підтримки [7].

Правові засади організації соціально-психологічного супроводу визначаються комплексом законів і постанов. Так, Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» містить положення щодо соціальних гарантій, включно з правом ветеранів на психологічну допомогу та реабілітаційні заходи [38]. Закон України «Про охорону психічного здоров'я» регламентує порядок надання психіатричної допомоги громадянам із психічними порушеннями, у тому числі ветеранам, і спрямований на профілактику суїцидів шляхом забезпечення доступу до психотерапії, медикаментозної підтримки та комплексної реабілітації [37]. Крім того, постанова Кабінету Міністрів України №1021 від 20.12.2017 визначає механізм надання соціальних послуг, серед яких передбачено й психологічний супровід осіб, що брали участь у бойових діях [12].

У різних наукових джерелах поняття соціально-психологічного супроводу трактують як поєднання в собі довготривалої соціальної підтримки та індивідуальної психологічної допомоги [29]. Він є ключовим фактором збереження цілісності особистості та відновлення її психологічного стану, допомагаючи долати депресію й тривожність. Відсутність такого супроводу ускладнює адаптацію до мирного життя, перешкоджає професійній переорієнтації та негативно впливає на економічне становище й загальне самопочуття ветеранів [52, с. 10].

Проаналізувавши наукові доробки вітчизняних науковців, психологів, соціальних працівників можна виокремити основні аспекти соціально-

психологічного супроводу ветеранів, які схильні до суїцидальних проявів, представлені на рис. 1.2.1.



Рис. 1.1.2. Основні аспекти соціально-психологічного супроводу ветеранів [48, с. 27; 33, с. 27; 48, с. 120; 50 ; 20, с. 29; 36].

Аналіз Рисунок 1.2.1. дозволяє визначити послідовність ключових етапів соціально-психологічного супроводу ветерана, у якого спостерігаються суїцидальні прояви. Першочерговим є індивідуальний підхід, що передбачає всебічне обстеження стану ветерана. До такого аналізу належать: оцінка вираженості ПТСР та можливих супутніх розладів, а також вивчення його життєвих обставин – медичних, психологічних, особистісних, професійних, духовних, соціальних і побутових факторів [48, с. 27].

Важливе місце у процесі супроводу займає *робота з родиною та найближчим соціальним оточенням*. Під час організації допомоги необхідно враховувати, що емоційний і психічний стан ветерана нерозривно пов'язаний зі станом його родини. За умови належної інформованості та підтримки сім'я

здатна стати значним ресурсом для відновлення ветерана. Тому члени родини мають бути включені до кола осіб, які отримують психосоціальну підтримку [33, с. 27].

Така робота може проводитися у різних формах: індивідуальні консультації з кожним членом сім'ї, сімейні та групові терапевтичні сесії, тренінги, інтенсиви, арт-терапевтичні практики тощо.

Групова терапія та підтримка ветеранів є ще одним складовим компонентом. Спільна участь у терапевтичних групах допомагає ветеранам подолати ізоляцію, ділитися досвідом та формувати відчуття спільноти. Такі групи сприяють зниженню рівня тривоги, депресії та суїцидальних думок [48, с. 120]. Також до дослідження Л. Гриценок, на яке я спиралась попередньо, можна додати ще важливу групову роботу «рівний рівному». Підхід «рівний-рівному» – це сукупність методів і прийомів впливу, заснованих на залученні представників «рівних» до вирішення проблем цільової групи. [48, с. 131]. Тобто, ветеран, який пройшов весь шлях реабілітації і має успіхи, може прийти на поділитись власним досвідом, спонукавши решту діяти на підтримку власної резилентності.

Навчання навичкам стресостійкості та подолання стресу розглядається як ще один елемент супроводу. Це включає когнітивно-поведінкову терапію, навчання технікам релаксації, а також розвиток навичок управління емоціями. Це безпосередня робота психолога, який буде виходити з акту оцінки потреб та анкетувань [50].

Профілактичні заходи та кризове втручання, що включають своєчасне виявлення суїцидальних намірів є частиною супроводу [20, с. 29]. Це може включати: створення гарячих ліній психологічної допомоги; інтеграцію ветеранів у програми підтримки; організацію тренінгів для соціальних працівників щодо роботи із суїцидальною поведінкою.

Робота із суспільним ставленням до ветеранів є важливим напрямом соціально-психологічного супроводу. Ветерани часто стикаються зі стигматизацією та нерозумінням із боку суспільства. Важливим є проведення

інформаційних кампаній, які сприяють формуванню поваги до ветеранів та зниженню їхньої соціальної ізоляції [36].

Важливо розуміти, що соціально-психологічний супровід ветерана – це міждисциплінарна робота, яка включає в себе психолога, соціального працівника, працівників державних установ, психіатра (та різного роду лікарів), реабілітологів, родини та ветерана-ментора.

Соціально-психологічний супровід ветеранів війни є багатоаспектним процесом, який поєднує психологічну підтримку, реабілітацію, роботу з родиною та суспільством [10]. Визначення базових компонентів і термінів дає змогу створити чіткі методологічні основи для роботи з ветеранами. Надання якісної допомоги потребує не лише міждисциплінарного підходу, але й адаптації до специфічних обставин, зумовлених гібридним характером війни. У наступному пункті буде розглянуто технології профілактики суїцидальної поведінки як важливу складову соціально-психологічного супроводу [24].

1.3. Технологія профілактики суїцидальної поведінки в ветеранів війни під час соціально-психологічного супроводу.

Після повернення із зони бойових дій багато ветеранів стикаються з глибокими психоемоційними травмами, що значно підвищує ризик суїцидальної поведінки. У цьому контексті важливо впроваджувати системну технологію профілактики, яка включає комплекс заходів соціально-психологічного супроводу, спрямованих на стабілізацію психічного стану, інтеграцію в мирне життя та формування нових ціннісних орієнтирів [16].

Метою впровадження технології профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в умовах соціально-психологічного супроводу є запобігання розвитку суїцидальних тенденцій шляхом своєчасного виявлення та подолання кризових психоемоційних станів. Зазначена технологія спрямована на зменшення рівня психічного напруження, підвищення внутрішніх ресурсів особистості та формування позитивної мотивації до життя [8].

До основних завдань технології належить, по-перше, рання діагностика психоемоційних порушень, що дозволяє вчасно виявити осіб, схильних до суїцидальної поведінки [27]. По-друге, важливим компонентом є надання емоційної підтримки ветеранам, які перебувають у кризових станах. По-третє, значущим завданням виступає формування адаптивних моделей поведінки, що сприяють ефективнішому подоланню життєвих труднощів. І, нарешті, технологія передбачає активну роботу над посиленням мотивації до життя, зокрема через усвідомлення сенсу пережитого досвіду, зміцнення зв'язків із соціальним оточенням та розбудову майбутнього в нових умовах [11].

Дуже важливо розглянути основні принципи технології профілактики суїцидальних проявів у ветеранів війни, які були затверджені Міністерством охорони здоров'я України, які систематизовані в таблиці 1.3.1.

Таблиця 1.3.1.

**Основні принципи технології профілактики суїцидальних проявів
у ветеранів війни**

Принцип	Опис
Своєчасне виявлення кризових станів	Важливою складовою є навчання фахівців (психологів, соціальних працівників, медиків) методам виявлення ознак суїцидальних намірів та кризових станів у ветеранів. Це включає в себе активне слухання, спостереження за змінами в поведінці та емоційному стані, а також використання спеціалізованих опитувальників та скринінгових інструментів.
Індивідуалізований підхід до кожного ветерана	Необхідно враховувати унікальний досвід кожного ветерана, його психологічний стан, соціальне оточення та попередній досвід травм. Індивідуальні консультації, психотерапевтичні сесії та групова підтримка повинні бути адаптовані до конкретних потреб особи.
Психоедукація та підвищення обізнаності	Освітні програми, спрямовані на інформування ветеранів та їхніх родин про симптоми депресії, стресу та інших психічних розладів, можуть допомогти в ранньому виявленні проблем та запобіганні суїцидальним тенденціям.

Підтримка соціальних зв'язків та реінтеграція в громаду	Важливо сприяти відновленню соціальних зв'язків ветеранів, їхній інтеграції в громаду та підтримці родинних відносин. Програми соціальної адаптації та підтримки можуть включати в себе групи підтримки, волонтерські ініціативи та інші форми соціальної взаємодії.
Мультидисциплінарний підхід та співпраця з громадськими організаціями	Спільна робота медичних, психологічних, соціальних та правових фахівців, а також співпраця з громадськими організаціями, може забезпечити комплексну підтримку ветеранів та ефективну профілактику суїцидальних проявів.

Таблиця систематизована автором на основі джерела [26; 9; 30].

Таким чином, систематизація основних принципів технології профілактики суїцидальної поведінки дозволяє окреслити ключові орієнтири в роботі з ветеранами, що перебувають у психоемоційно нестабільному стані [15]. Водночас ефективність впровадження цих принципів безпосередньо залежить від наявності чітко структурованої системи соціально-психологічної реабілітації та нормативного забезпечення цього процесу. У зв'язку з цим важливо проаналізувати існуючі підходи до реалізації реабілітаційних заходів та їх законодавче регулювання в українських умовах.

Варто підкреслити, що соціально-психологічна реабілітація та реінтеграція ветеранів війни є складним і багаторівневим процесом, що вимагає міждисциплінарної взаємодії. До його реалізації залучаються не лише психологи та соціальні працівники, а й психіатри, реабілітологи, медичні працівники, сімейні консультанти, фахівці центрів зайнятості, волонтери та координатори громадських організацій [42]. Комплексність цієї роботи потребує чітко скоординованої технології, що базується на науково обґрунтованих підходах та адаптована до особливостей цільової групи – ветеранів бойових дій [25].

Попри актуальність питання, на законодавчому рівні відсутній окремий нормативний акт, що системно визначав би етапи психосоціальної реабілітації ветеранів війни у вигляді єдиної технології. Водночас надання психологічної

допомоги цій категорії осіб частково регламентується постановою Кабінету Міністрів України № 1338 від 29.11.2022 р. «Про деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб», яка окреслює загальні умови та організаційні принципи надання допомоги [12]. Проте у цій постанові відсутній чіткий розподіл реабілітаційного процесу за етапами, як і пряме визначення технології його реалізації.

Крім того, варто зазначити, що різні аспекти психологічної та соціальної підтримки ветеранів частково відображено в інших нормативно-правових документах, програмах та відомчих ініціативах, однак вони, як правило, мають фрагментарний характер і не формують єдиної структурованої моделі технологічного супроводу [49]. У цьому контексті актуалізується необхідність розробки та нормативного закріплення комплексної технології психосоціальної реабілітації, яка би враховувала специфіку військового досвіду, потреби ветеранів і виклики, що постають перед ними в умовах посттравматичного періоду.

Аналізуючи досвід України та міжнародні механізми реабілітації можна виділити основні 5 етапів, такі як: *діагностичний, психоедукаційний, психокорекційний, соціально-адаптивний, моніторинговий*. Варто розглянути кожен з них окремо.

Діагностичний етап. На цьому етапі проводиться скринінг і оцінка рівня ризику: клінічні інструменти, структуровані інтерв'ю, опитувальники для виявлення суїцидальних намірів, супутньої психопатології (депресія, ПТСР, розлади сну) [40].

У межах корекційної діяльності діагностичний етап виконує ключову функцію – виявлення суїцидального ризику з метою попередження як первинних суїцидальних спроб, так і надання допомоги особам, які вже мали такий досвід. Згідно з методичним посібником «Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців» за авторством О. Кокун, Н. Агаєва, І. Пішко, Н. Лозінської, Л. Корня, ефективність корекційної роботи

значною мірою залежить від науково обґрунтованого добору комплексу діагностичних методик та ґрунтовної попередньої оцінки. Саме результати діагностики дозволяють сформулювати мету, завдання та очікувані результати корекційного втручання, а також спрогнозувати рівень його ефективності. [19, 10 с.].

Варто розглянути основні критерії та показники суїцидального ризику серед ветеранів в Таблиці 1.3.2., які дозволяють оцінити ступінь загрози та розробити ефективні заходи з її мінімізації, а також методики та інструменти виявлення рівня схильності до суїцидальної поведінки, які використовують на практиці фахівці.

Таблиця 1.3.2.

**Схильність до суїцидальної поведінки ветеранів війни: критерії,
показники та методи виявлення**

Критерій	Показники	Методики (інструменти)
Психологічні критерії	Ветеран війни не бачить сенсу продовжувати життя. Депресія, відчай, тривожність. Почуття провини, сорому, емоційного виснаження. Наявність суїцидальних думок (ідеації). Відчуття безнадії, зниження віри у майбутнє. Порушення самосприйняття (низька самооцінка, самозвинувачення). Відмова від соціальних контактів. Ознаки підготовки до суїциду (вивчення способів, підготовка записок, наведення “порядку” у справах). Розвиток ПТСР.	Шкала депресії Бека (BDI). Шкала суїцидальних ідеацій Бека (BSS). Опитувальник безнадії Бека (BHS). Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). Психологічне інтерв’ю (для оцінки суб’єктивного досвіду ветеран). Рисункові тести («Малюнок людини під дощем») Шкали для оцінки ПТСР (CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale), PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5).
Соціальні критерії	Втрата зв’язків із сім’єю та друзями.	Оцінка соціальної підтримки за допомогою

	<p>Відчуття відчуження у суспільстві.</p> <p>Нестача фінансових ресурсів, безробіття.</p> <p>Недостатня соціальна допомога від держави чи волонтерських організацій.</p> <p>Відсутність доступу до реабілітаційних центрів.</p>	<p>опитувальника MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support).</p> <p>Соціометрія (вивчення соціальних зв'язків).</p> <p>Метод спостереження (оцінка взаємодії ветеранів у групах підтримки).</p> <p>Аналіз документів (дані про зайнятість, участь у соціальних програмах).</p>
Медико-біологічні критерії	<p>Хронічний біль, фізична інвалідність.</p> <p>Наслідки травм, отриманих на війні.</p> <p>Розлади сну (безсоння, нічні кошмари).</p>	<p>Медичні обстеження (для визначення стану здоров'я).</p> <p>Психіатричне обстеження (діагностика психічних розладів відповідно до критеріїв DSM-5 або ICD-11).</p>
Поведінкові критерії	<p>Вживання наркотиків, алкоголю, ризиковані вчинки.</p> <p>Відмова від харчування, самоізоляція.</p> <p>Наявність попередніх спроб суїциду.</p> <p>Підготовка до самогубства.</p>	<p>Аналіз анамнезу (вивчення попередніх суїцидальних спроб).</p> <p>Інтерв'ю за структурованим протоколом (виявлення намірів та мотивації до самогубства).</p> <p>Аналіз поведінкових патернів (оцінка ризикованих чи агресивних дій).</p>
Культурно-соціальні критерії	<p>Стигматизація ветеранів із психологічними проблемами.</p> <p>Культурні норми, що підтримують чи засуджують суїцид.</p> <p>Вплив сімейного середовища на рішення ветерана.</p>	<p>Фокус-групи (для вивчення громадської думки щодо ветеранів із суїцидальними проявами).</p> <p>Аналіз законодавства (оцінка державної політики щодо ветеранів).</p>

Таблиця систематизована автором на основі джерел [19; 41; 49].

Таким чином, представлені в таблиці 1.3.2 критерії та методики дозволяють здійснити цілісну оцінку рівня суїцидального ризику серед ветеранів війни, що є ключовою передумовою для формування ефективних заходів втручання. Отримані в ході діагностичного етапу результати становлять основу для подальшого планування корекційної роботи, зокрема для визначення змісту та напрямів наступного – психоедукційного – етапу. Саме цей компонент технології передбачає інформування ветеранів та їхнього найближчого оточення про характерні ознаки кризових станів, потенційні тригери ризикованої поведінки та способи безпечного реагування, спрямовані на зниження ймовірності розвитку суїцидальних проявів.

Психоедукційний етап. Психоедукційна складова технології профілактики суїцидальної поведінки спрямована на підвищення рівня обізнаності ветеранів, членів їхніх родин та найближчого соціального оточення щодо психологічних станів, які можуть супроводжувати учасників бойових дій – таких як суїцидальні думки, тривожність і депресивні прояви. У рамках цього етапу акцент робиться на наданні інформації про характерні ознаки ризикованої поведінки, потенційні тригери, а також на ознайомленні з дієвими способами реагування в кризових ситуаціях. До таких заходів належать, зокрема, розробка індивідуального плану безпеки, мінімізація доступу до небезпечних засобів, а також опрацювання чіткого алгоритму дій у разі загострення психоемоційного стану [53].

Важливим напрямом психоедукації є розвиток навичок саморегуляції, підвищення толерантності до стресу, а також ознайомлення з доступними каналами професійної підтримки. Як зазначено у рекомендаціях Центру громадського здоров'я МОЗ України, превентивна робота серед ветеранів має ґрунтуватися на відкритому спілкуванні, готовності прямо запитувати про суїцидальні наміри, а також активній участі членів сім'ї в процесі стабілізації психоемоційного стану військовослужбовця. Фахівці наголошують на важливості негайного реагування, збереження спокою, уникнення осуду,

супроводу до спеціалізованих установ або ж звернення до національної гарячої лінії допомоги у кризових станах [51].

Психокорекційний етап. Психоедукційна складова технології профілактики суїцидальної поведінки спрямована на підвищення рівня обізнаності ветеранів, членів їхніх родин та найближчого соціального оточення щодо психологічних станів, які можуть супроводжувати учасників бойових дій – таких як суїцидальні думки, тривожність і депресивні прояви. У рамках цього етапу акцент робиться на наданні інформації про характерні ознаки ризикованої поведінки, потенційні тригери, а також на ознайомленні з дієвими способами реагування в кризових ситуаціях. До таких заходів належать, зокрема, розробка індивідуального плану безпеки, мінімізація доступу до небезпечних засобів, а також опрацювання чіткого алгоритму дій у разі загострення психоемоційного стану [47].

У посібнику «Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів» зазначено, що цілями індивідуальної психокорекції психолога є: надання допомоги військовослужбовцю у знаходженні індивідуальної стратегії реадaptaції, планування «неекстремальної» поведінки, моральна підтримка і вдоволення потреби військового в самоствердженні, прийняття на себе його агресивності, допомога у вирішенні внутрішньоособистісних конфліктів [34, с. 80].

Соціально-адаптивний етап. Цей етап передбачає створення умов для успішної інтеграції ветеранів у соціальне середовище після повернення з війни, зокрема шляхом налагодження міжособистісних зв'язків, відновлення соціальних ролей, залучення до трудової діяльності та громади. Його головна мета – зниження почуття ізоляції, підвищення мотивації до життя та відновлення суб'єктивного відчуття контролю над власним майбутнім.

Процес соціальної адаптації військовослужбовців після завершення бойових дій є складним і багатогранним явищем, яке потребує системного

підходу та скоординованої взаємодії між державними інституціями та громадськими організаціями [21, с. 314].

Моніторинговий етап. Моніторинговий етап передбачає систематичне спостереження за психоемоційним станом ветеранів після проведення основних етапів психосоціальної підтримки. Його головне завдання – своєчасне виявлення можливих рецидивів суїцидальної поведінки, зниження ризиків повторних кризових станів і підтримка досягнутого рівня стабільності.

У рамках цього етапу здійснюється регулярна оцінка ефективності застосованих психокорекційних заходів, аналіз динаміки психічного стану особи, а також за потреби – корекція або продовження психологічного супроводу. Важливу роль відіграють активне залучення соціального оточення ветерана, підтримка контактів із фахівцями, телефонними лініями допомоги та закріплення навичок саморегуляції [46].

Важливим завданням у сфері соціально-психологічної підтримки є налагодження ефективної співпраці між державними структурами, органами місцевого самоврядування, громадськими об'єднаннями, психологічними службами та територіальними громадами. Така взаємодія має базуватись на системному підході та передбачає подальше вивчення результативності наявних форм супроводу для визначених цільових категорій. З цією метою доцільно проводити постійний моніторинг, аналіз практик і вдосконалення діючих програм та ініціатив у напрямі посилення їхньої ефективності [52, с. 88].

Висновок до першого розділу

У першому розділі кваліфікаційної роботи було здійснено теоретичний аналіз ключових аспектів соціально-психологічного супроводу ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки. З'ясовано, що суїцидальна поведінка є складним психосоціальним явищем, яке формується під впливом травматичних подій, бойового досвіду, втрати близьких, посттравматичних розладів та складнощів адаптації до мирного життя.

Доведено, що ветерани війни є особливо вразливою групою ризику, яка потребує цілісної підтримки, зокрема на рівні соціального середовища, системи охорони психічного здоров'я та громадських ініціатив. Соціально-психологічний супровід у випадках суїцидальної поведінки має носити багатоетапний і комплексний характер – із врахуванням не лише психічного стану особи, але й соціального контексту її життя.

Окрему увагу було приділено технології профілактики суїцидальної поведінки в рамках соціально-психологічного супроводу. На основі аналізу наукових праць і практичних рекомендацій виокремлено п'ять основних етапів такої технології: діагностичний, психоедукційний, психокорекційний, соціально-адаптивний і моніторинговий. Кожен з них виконує важливу функцію в системі попередження самогубств серед учасників бойових дій та забезпечує безперервну підтримку на різних рівнях.

Таким чином, узагальнення теоретичних підходів дозволило обґрунтувати необхідність цілісної, поетапної системи супроводу ветеранів війни з ознаками суїцидальної поведінки, що є підґрунтям для подальшої розробки та перевірки ефективності профілактичної програми в межах другого розділу роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ З ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

2.1. Дослідження схильності ветеранів війни до проявів суїцидальної поведінки.

Для практичної перевірки ефективності програми профілактики суїцидальної поведінки ветеранів війни в системі соціально-психологічного супроводу була реалізована експериментально-дослідницька програма, яка включала три послідовні етапи:

Констатувальний етап полягав у вивченні актуального психоемоційного стану ветеранів, виявленні рівня схильності до суїцидальної поведінки, аналізі факторів ризику та захисних чинників, а також в розробці інструментарію для діагностики. На цьому етапі були підібрані відповідні методики, створено анкету оцінки ризику та проведено первинне опитування цільової групи.

Формувальний етап передбачав теоретичну розробку і практичну реалізацію програми соціально-психологічного супроводу ветеранів із виявленим середнім та високим рівнем ризику. В основу програми лягли індивідуалізовані підходи до підтримки, що поєднують психологічне консультування, соціальну інтеграцію, мобілізацію ресурсів підтримки та супровід фахівців.

Контрольний етап передбачав повторне тестування учасників експерименту після завершення формувального етапу для оцінки змін у психоемоційному стані та рівні суїцидальної схильності. Порівняння результатів дозволило оцінити ефективність реалізованої програми та сформулювати висновки щодо її доцільності.

До участі в дослідженні було залучено 15 ветеранів бойових дій, які несуть службу в тилкових підрозділах та брали участь у бойових діях у період з 2016 по 2023 рік. Віковий діапазон учасників – від 33 до 49 років. Опитування

проводилось у комфортних умовах під час вільного часу на місці служби. Усі учасники надали усну згоду на участь у дослідженні, опитування здійснювалося в анонімному форматі.

Для реалізації поставленої мети нами були визначені наступні завдання дослідження:

- Розробити інструментарій для оцінки психоемоційного стану ветеранів, включаючи рівень суїцидальної схильності.
- Визначити критерії та показники, що дозволяють класифікувати рівень ризику суїцидальної поведінки.
- Провести діагностику рівня ризику за допомогою відповідних методик.
- Розробити та апробувати програму соціально-психологічного супроводу.
- Оцінити ефективність програми на основі порівняльного аналізу показників до та після її реалізації.

Для вирішення визначених завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних і доповнюючих одне одного методів дослідження: *емпіричні* (анкетування для вивчення соціально-психологічного стану ветеранів, виявлення ризиків суїцидальної поведінки та факторів, що впливають на неї; тестування для діагностики рівня схильності ветеранів до суїцидальної поведінки); *статистичні методи обробки даних* (для обробки результатів тестування, анкетування, експерименту та інтерпретації результатів); *методи проектування і моделювання* (розробка програми – для планування та реалізації заходів, спрямованих на профілактику суїцидальної поведінки ветеранів війни).

Дослідження схильності ветеранів війни до суїцидальної поведінки потребує чіткого визначення критеріїв та показників, які дозволяють оцінити рівень ризику та своєчасно надати необхідну допомогу. Визначення критеріїв схильності до суїцидальної поведінки є важливим етапом у розробці дієвих механізмів профілактики та реабілітації. Для цього необхідно враховувати

комплексний підхід, що охоплює медико-біологічні, психологічні, поведінкові, культурно-соціальні та соціальні аспекти.

У результаті аналізу й систематизації наукової літератури було визначено та впорядковано критерії, показники і рівні схильності до суїцидальної поведінки, узагальнені в таблиці 2.1.1 та детально розкриті в Додатку 1.

Таблиця 2.1.1

Критерії, показники та рівні схильності до суїцидальної поведінки ветеранів війни

Критерій	Показник	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Психологічний	Втрата сенсу життя	Ветеран зберігає інтерес до життя, має плани на майбутнє	Періодичне відчуття марності, але без намірів	Відсутність сенсу життя, домінування думок про смерть
	Депресивний стан, тривожність	Настрій стабільний або з короткочасними зниженнями	Хронічна тривожність, відчуження, емоційне виснаження	Важка депресія, паніка, соматичні прояви тривоги
	Почуття провини, сорому	Ситуативні, не впливають критично на стан	Часті, послаблюють мотивацію та самооцінку	Хронічні, призводять до апатії, ізоляції
	Наявність суїцидальних думок (ідеацій)	Відсутні або абстрактні	Періодичні думки, але без плану	Регулярні, нав'язливі, є план дій
	Відчуття безнадії	Зберігається віра у зміни, підтримка	Зниження мотивації, пасивність	Повна безнадія, відмова від майбутнього
	Самосприйняття, самооцінка	Адекватна або помірно знижена	Нестійка, схильність до самокритики	Виражена непотрібність, самозвинувачення

Поведінковий	Вживання ПАР, ризикована поведінка	Відсутні або контрольовані	Періодичні, помірно деструктивні	Часті, загрозові для життя
	Відмова від харчування, самоізоляція	Нормальний режим життя, контакти збережені	Часткова ізоляція, зміни в апетиті	Повна ізоляція, відмова від їжі, нехтування собою
	Попередні спроби суїциду	Відсутні	Історія одиної спроби, контрольован ий стан	Повторювані спроби, високий ризик рецидиву
Соціальний	Втрата зв'язків з родиною	Соціальні контакти підтримуються	Часткова ізоляція, конфлікти	Повна втрата зв'язків, самотність
	Відчуття відчуження у суспільстві	Інтегрований у спільноту	Відчуття нерозуміння, зниження участі	Ізоляція, неприйняття соціуму, самовідсторонення
	Матеріальні труднощі, безробіття	Стабільний дохід, економічна безпека	Тимчасові фінансові труднощі	Тривале безробіття, відчуття безвиході
	Недостатність соціальної допомоги	Допомога надається повністю	Частково доступна допомога	Відсутність підтримки, відчуття покинутості
	Доступ до реабілітації	Реабілітаційні послуги використовуються	Обмежений доступ або часткова участь	Відсутність реабілітації, посилення симптомів

З метою виявлення рівня схильності до суїцидальної поведінки серед ветеранів війни, було розроблено комплексну анкету оцінки ризику (Додаток 2), яка дозволяє визначити психоемоційний стан особи за трьома основними критеріями: психологічним, соціальним та поведінковим. Відповідно до структури зазначених критеріїв, зміст анкети побудований на 6 блоках, що діагностують ключові показники, що впливають на схильність до суїцидальних проявів: *інформаційний* (загальна інформація); *психологічний*

блок, який створений за мотивами C-SSRS (шкала для оцінки суїцидальних думок та поведінки), BDI (опитувальник для оцінки депресії), CAPS-5 (структуроване клінічне інтерв'ю для оцінки симптомів ПТСР); *особистісні характеристики; ресурси та доступ до допомоги* (для виявлення резильєнтності та відкритості до допомоги сторонніх осіб); та *відкриті питання* (допомагають поглибити розуміння індивідуальної ситуації).

За психологічним критерієм вивчаються: наявність суїцидальних думок, намірів та спроб (питання на основі шкали C-SSRS), рівень депресивних симптомів, почуття провини та сорому (за шкалою BDI), прояви посттравматичного стресового розладу (на основі CAPS-5), наявність почуття безнадії, емоційного виснаження, втрата сенсу життя. Ці показники дають змогу оцінити глибину внутрішньої дезадаптації ветерана, його емоційну стабільність та ступінь ризику виникнення суїцидальних дій.

Соціальний критерій представлений запитаннями, що стосуються: ступеня збереження соціальних контактів (із родиною, побратимами, друзями), рівня інтеграції у суспільство та відчуття приналежності до спільнот, доступу до реабілітаційних та соціальних ресурсів, наявності фінансової підтримки, життєвих перспектив. Оцінювання цих компонентів дозволяє виявити рівень соціальної ізоляції, самотності та відчуження, що можуть бути як тригерами, так і маркерами ризику.

Поведінковий критерій охоплює питання, які виявляють: деструктивні форми поведінки (зловживання алкоголем, наркотиками, ризиковані дії), ознаки підготовки до суїциду (наприклад, роздача особистих речей, складання заповітів), відмову від харчування, самоізоляцію, наявність попередніх суїцидальних спроб.

Аналіз відповідей за цим критерієм дозволяє оцінити не лише внутрішній стан ветерана, а й зовнішні прояви, які свідчать про наявність суїцидального ризику на поведінковому рівні.

Усього в анкеті міститься 36 запитань, з яких 34 – закриті (із варіантами відповіді), а 2 – відкриті, що дозволяють отримати більш глибоку якісну

інформацію. Максимально можливий бал – 71, а сукупний результат обчислюється за сумою відповідей у блоках 2, 3, 4 та 5, які безпосередньо стосуються психоемоційного та соціального функціонування.

У разі отримання відповіді «так» на запитання №7 або №8 (наявність планів або спроб самогубства) ризик автоматично кваліфікується як критичний, незалежно від загального балу. Це вимагає негайного залучення фахівців до кризової інтервенції.

Окрему увагу приділено п'ятому блоку, який охоплює питання, пов'язані з ризикованою поведінкою, та шостому блоку з відкритими запитаннями, що не оцінюються у балах, але можуть виступати ключовими індикаторами прихованої кризи. Наприклад, формулювання типу «нікому не потрібно», «хочу просто зникнути», «нічого не допоможе» навіть за формально низького балу – слугують тривожними сигналами і потребують додаткової уваги.

Таким чином, запропонована методика дозволяє не лише виявити поточний рівень ризику суїцидальної поведінки, а й окреслити основні напрями подальшої психосоціальної допомоги – від профілактичного супроводу до негайного втручання.

Розроблена анкета є необмеженою в часі виконання, доступною для самостійного заповнення або використання у форматі інтерв'ювання, не потребує складного інтерпретаційного інструментарію, водночас демонструє високу чутливість до маркерів кризового стану. Вона враховує особливості військового досвіду, бойових втрат, а також типових для українських ветеранів проявів травматизації.

На основі застосованої анкети та аналізу отриманих результатів було здійснено оцінювання рівня схильності до суїцидальної поведінки серед ветеранів війни відповідно до трьох узагальнених критеріїв – психологічного, соціального та поведінкового. Отримані дані дозволили визначити рівні ризику для кожного з критеріїв окремо, а також сформувати загальну картину

психоемоційного стану ветеранів та потребу в тій чи іншій формі психологічної або соціальної підтримки.

Результати аналізу психологічного критерію (табл 2.1.2.) свідчать про те, що переважна частина учасників дослідження перебуває в зоні високого ризику за цим показником — 60 % (9 осіб). Це свідчить про наявність виражених емоційних труднощів, високий рівень дистресу, депресивних проявів, а також потенційні суїцидальні ідеї. Середній рівень ризику виявлено у 27 % (4 особи), що вказує на наявність окремих ознак психоемоційної нестабільності, які, однак, ще не набули кризового характеру. Лише 13 % (2 особи) демонструють низький рівень ризику, що свідчить про відносно стабільний психологічний стан і наявність внутрішніх ресурсів. Такі показники підтверджують необхідність цілеспрямованої профілактичної роботи в напрямі зниження дистресу, розвитку емоційної саморегуляції та посилення стресостійкості.

Таблиця 2.1.2

Рівень ризику за психологічним критерієм (первинне тестування)

Рівень ризику	Кількість осіб	Відсоток (%)
Високий	9	60%
Середній	4	27%
Низький	2	13%
Усього	15	100%

За результатами оцінювання соціального критерію (табл 2.1.3.) також спостерігається переважання високого рівня ризику — 53 % (8 осіб), що може свідчити про значну соціальну ізоляцію, втрату соціальних зв'язків, низьку суб'єктивну оцінку підтримки з боку сім'ї чи громади. Середній рівень зафіксовано у 33 % респондентів (5 осіб), що вказує на наявність часткової соціальної інтеграції, проте з ознаками емоційного відчуження. Лише 14 % (2 особи) мають низький рівень соціального ризику — ці ветерани зберігають сталі соціальні зв'язки та залучені до спільноти. Отримані дані свідчать про актуальність заходів, спрямованих на соціальне

включення ветеранів, зокрема через групову підтримку, залучення до ветеранських ініціатив і сімейну терапію.

Таблиця 2.1.3

Рівень ризику за соціальним критерієм (первинне тестування)

Рівень ризику	Кількість осіб	Відсоток (%)
Високий	8	53%
Середній	5	33%
Низький	2	14%
Усього	15	100%

У межах поведінкового критерію найменший відсоток учасників (47 %, або 7 осіб) потрапили до категорії з високим рівнем ризику, що свідчить про наявність ризикованих форм поведінки, ознак імпульсивності, можливої зловживальної поведінки (алкоголь, ізоляція, агресія). Середній рівень виявлено у 33 % (5 осіб), що вказує на потенційну схильність до неадаптивної поведінки в умовах стресу, яка ще не набула сталої форми. Низький рівень поведінкового ризику засвідчено у 20 % (3 особи), що демонструє наявність сформованих механізмів самоконтролю, відповідальності та адаптивних способів реагування на труднощі. Отже, дані показують потребу у формуванні навичок саморегуляції, розвитку стратегії подолання, зниженні імпульсивних тенденцій та усвідомленні наслідків власних дій.

Таблиця 2.1.4

Рівень ризику за поведінковим критерієм (первинне тестування)

Рівень ризику	Кількість осіб	Відсоток (%)
Високий	7	47%
Середній	5	33%
Низький	3	20%
Усього	15	100%

Аналіз отриманих результатів первинного діагностування за психологічним, соціальним та поведінковим критеріями засвідчив наявність значної частки ветеранів, які перебувають у зоні високого ризику щодо суїцидальної поведінки. Найбільш критичні показники спостерігалися за психологічним критерієм, де 60% респондентів демонструють високий рівень ризику. Значне навантаження також фіксується у сфері соціальних взаємозв'язків – понад половина (53%) учасників показали високий рівень соціального відчуження та недостатньої підтримки. Поведінкові фактори, що включають імпульсивні дії, вживання психоактивних речовин та попередні суїцидальні спроби, виявилися критичними для 47% опитаних.

Такі показники свідчать про комплексний характер суїцидального ризику у цільовій групі та підтверджують потребу у створенні багаторівневої системи психосоціальної підтримки. Зведені результати представлені на узагальнюючій діаграмі (рис. 2.1.1), яка відображає розподіл учасників дослідження за рівнями ризику в розрізі трьох основних критеріїв.

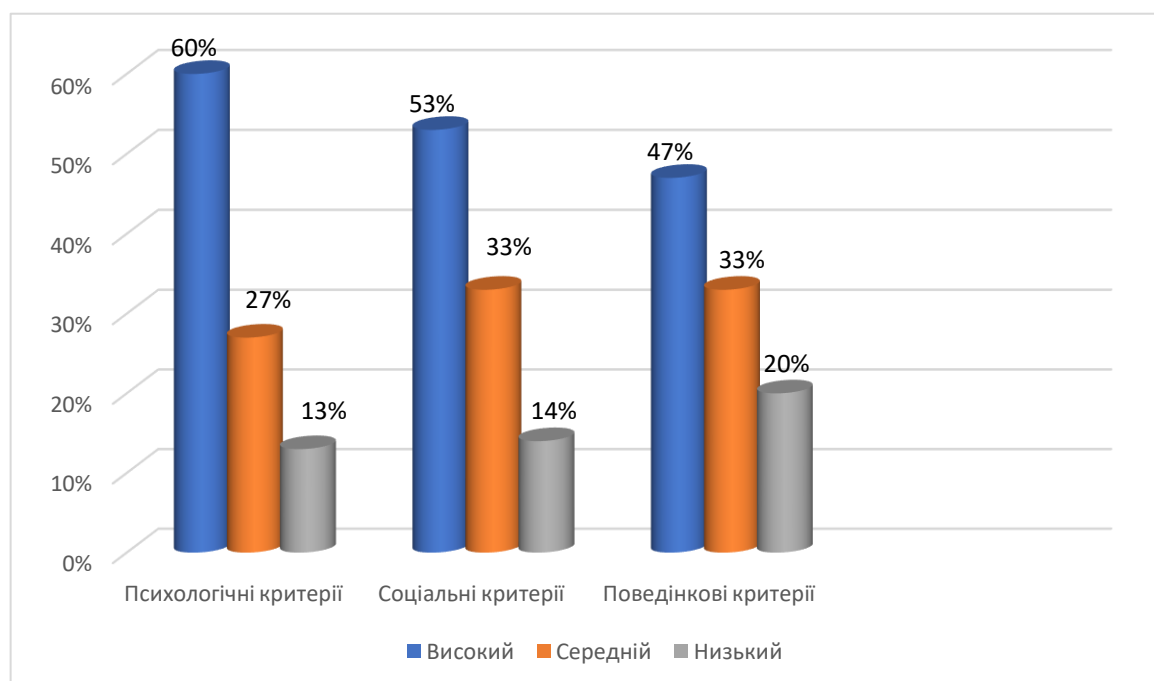


Рис. 2.1.1. Загальний рівень ризику за групами критеріїв після первинного тестування.

У сукупності отримані дані підтверджують критичну необхідність у проведенні цілеспрямованої профілактичної роботи, своєчасній психологічній діагностиці, а також впровадженні комплексного психосоціального супроводу ветеранів війни.

На підставі аналізу результатів первинного тестування була ініційована розробка цілісної соціально-психологічної програми профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів війни, що становить наступний – формувальний етап експериментального дослідження.

Оцінка ефективності програми буде здійснюватися шляхом визначення рівня суїцидальних ідецій та психоемоційного стану ветеранів за допомогою анкетування та буде розроблена та запропонована програма соціально-психологічна програма для зменшення ризиків суїцидальної поведінки ветеранів війни та профілактики таких проявів.

2.2. Обґрунтування програми профілактики суїцидальної поведінки ветеранів війни в системі соціально-психологічного супроводу.

Наступним етапом для перевірки ефективності програми профілактики суїцидальної поведінки ветеранів війни в системі соціально-психологічного супроводу є *формувальний*.

На цьому етапі була розроблена короткотривала інтенсивна програма профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів війни, тривалістю три дні, що ґрунтується на результатах первинного діагностичного етапу, який засвідчив наявність високих психологічних, соціальних та поведінкових ризиків. Зміст програми спрямований на зниження рівня суїцидальних проявів шляхом поєднання кількох взаємодоповнюючих компонентів: психоосвіти, роботи з емоційним досвідом, розвитку навичок подолання стресу, забезпечення групової підтримки та активації особистісних ресурсів ветеранів.

Назва профілактичної програм:и «Три дні до себе».

Мета програми: зниження ризику суїцидальної поведінки у ветеранів війни шляхом комплексного впливу на психоемоційний стан, соціальну включеність та поведінкові установки.

Учасники: ветерани війни, які пройшли тестування та мають середній або високий рівень ризику суїцидальної поведінки. (експериментальна група, 15 осіб).

Особливістю розробленої програми стала її орієнтація на когнітивно-поведінковий підхід, що дозволяє працювати з дезадаптивними установками та поведінковими патернами, які можуть сприяти розвитку суїцидальної поведінки. Ключовими компонентами також виступали психоосвіта, групова підтримка та соціальна взаємодія, що створювали безпечне середовище для обміну досвідом і нормалізації емоційних станів. Програма включала практичні вправи, спрямовані на зниження рівня тривоги, осмислення особистісного сенсу життя та сприяння соціальному включенню учасників.

Після завершення було організовано повторне анкетування та надано індивідуальні рекомендації.

Форма роботи: групова (з елементами індивідуальних вправ).

Тривалість програми профілактики 3 днів.

Очікувані результати:

- зниження рівня психологічного ризику (менше думок про смерть, підвищення настрою);
- зменшення соціальної ізоляції;
- зростання кількості ветеранів, які знають, куди звертатись по допомогу;
- активація життєвих ресурсів і підтримка від побратимів;
- зміщення від пасивної до активної поведінкової моделі.

Схематична модель організації діяльності програми профілактики суїцидальних проявів «Три дні для себе» представлена на рис. 2.2.1.



Рис. 2.2.1. Схема триденної програми профілактики «Три дні для себе».

Відповідно до розробленої програми профілактики «Три дні для себе» нами було розроблено 3-денну інтенсивну програму, яка включала різні форми занять та лекцій. Ця програма стала відповіддю на актуальну потребу в корекції психологічного стану та інформуванні про всі соціальні та поведінкові аспекти поведінки.

Зміст програми адаптовано відповідно до специфіки роботи з ветеранами війни, з урахуванням їхніх психоемоційних та соціальних потреб.

День перший: Усвідомлення ризиків та ресурсів.

Тривалість: 3 години.

Мета: допомогти ветеранам усвідомити ризики психічного здоров'я, пов'язані з ПТСР, депресією та суїцидальною поведінкою, та окреслити індивідуальні ресурси для підтримки себе.

Завдання дня:

1. Підвищити знання про психічні стани після війни.
2. Ознайомити з поняттям резильєнтності.
3. Створити безпечне середовище для самовираження.
4. Активувати внутрішні й зовнішні ресурси.

Основні напрямки: психоосвіта, підтримка, саморефлексія, розвиток внутрішніх ресурсів.

Очікувані результати:

1. Учасники краще розуміють, як виникає ПТСР і суїцидальні думки.
2. Мають первинну мапу власних ресурсів.
3. Відчують приналежність і довіру до групи.

Таблиця 2.2.1.

**Програма заходів першого дня програми профілактики
«Усвідомлення ризиків та ресурсів»**

Час/ хвилини	Назва	Опис	Мета	Формат
20	Знайомство та правила	Знайомство, побажання перед початком роботи, правила довіри.	Створення безпечного простору.	Інтерактив
45	Лекція: «Посттравматичний стрес, депресія та суїцид: що треба знати ветерану»	Пояснення зв'язку між травмою, ізоляцією та ризиком самогубства.	Освітня мета, зняття стигми.	Інтерактивна лекція
35	Психоосвітній семінар: «Фактори, які рятують: резилієнтність та соціальна підтримка»	Обговорення резилієнтності, малювання особистого кола ресурсів, Модель "7 життєвих опор" (родина, віра, спільнота, саморегуляція, служіння, тіло, місія).	Підсилення надії, виявлення індивідуальних опор.	Семінар з обговоренням
35	Психологічна група: "Моя історія. Говорити"	Відкрите коло: «Я хочу сказати, але не знав де», надання	Розвантаження, розвиток емпатії.	Групова психологічна робота

	про біль – не слабкість”	можливості безоцінного обміну своїм досвідом.		
40	Психосоціальна активність: “Коло сили”	Робота в малих групах над питанням: «Що допомагає мені триматися?» Візуалізація “міцних ланок”: кожен пише свій ресурс на папері — з’єднання в “ланцюг сили”.	Усвідомлення взаємопідтримки.	Творча групова робота
5	Рефлексія	«Що я беру з собою?».	Завершення і інтеграція.	Коло

День другий: Робота з емоціями та кризовими станами.

Тривалість: 3 години.

Мета: Навчити учасників технік саморегуляції в кризовому стані, розпізнавання емоцій та каналізації деструктивних імпульсів.

Завдання:

1. Ознайомити з методами самодопомоги в кризі.
2. Розвинути емоційний інтелект.
3. Навчити працювати з тілом як каналом вивільнення емоцій.

Основні напрямки: кризове втручання, емоційна грамотність, тілесна терапія.

Очікувані результати:

1. Учасники мають алгоритм дій у кризі;
2. Починають усвідомлювати власні емоції;
3. Засвоюють тілесні техніки розрядки.

Таблиця 2.2.2.

Програма заходів другого дня програми профілактики

«Робота з емоціями та кризовими станами»

Час/ хвилини	Назва	Опис	Мета	Формат
40	Тренінг: «Як впоратись із кризовим станом: самопомога та алгоритми дій»	Навчання технік Grounding. Ознайомлення з кризовими картками, контактами, безпечними місцями.	Підвищити здатність діяти в кризі.	Тренінг
40	Майстер-клас: «Емоційний інтелект і саморегуляція для ветеранів»	Дихальні вправи, вправи на розслаблення, вправа «стоп-агресія».	Сприяти самоконтролю в емоціях.	Практичне заняття
40	Психологічна група: «Мої емоції – мій компас»	Щоденник тригерів, арт-терапія «Злість у кольорах» (малювання образу злості, трансформація).	Розпізнання та проживання емоцій.	Психологічна група
50	Психосоціальна взаємодія: «Тіло пам'ятає: тілесна терапія через рух»	Тілесні вправи, рухи з бойових мистецтв.	Розрядка напруги.	Тілесна терапія
10	Рефлексія	«Що я дізнався про себе?»	Підсумок і перевірка стану.	Коло

День третій: Відновлення сенсу та бачення майбутнього.

Мета: Допомогти ветеранам переосмислити своє місце у мирному житті, знайти життєві цілі та сформувані бачення майбутнього.

Завдання:

1. Озвучити кризу ідентичності.
2. Знайти внутрішні цінності.
3. Побудувати позитивне бачення майбутнього.

Основні напрямки: пошук сенсу, логотерапія, майбутнє проектування.

Очікувані результати:

1. Учасники віднаходять мотивацію до життя.
2. Формулюють власну систему цінностей.
3. Створюють емоційний міст у майбутнє.

Таблиця 2.2.3.

**Програма заходів третього дня програми профілактики
«Відновлення сенсу та бачення майбутнього»**

Час /хвилини	Назва	Опис	Мета	Формат
35	Лекція: «Життя після фронту: хто я тепер і навіщо я живу?»	Про ідентичність, втрату сенсів і пошук нового себе.	Запуск рефлексії.	Мотиваційна лекція
40	Тренінг: «Цінності, які тримають. Формування життєвих цілей»	Картки цінностей, метод логотерапії Франкла, «Дерево сенсів».	Сформулювати власні життєві цінності.	Практичний тренінг
40	Психологічна група: «Лист самому собі в майбутнє»	Написання листа, групова рефлексія.	Формування цілей, внутрішнього наративу.	Терапевтична група
50	Психосоціальний блок: «Гідність. Служіння. Спільнота»	Зустріч із ветераном, створення «маніфесту сили».	Надхнення, мотивація до життя.	Груповий проєкт
15	Рефлексія	Що я беру, куди рухаюсь, кого обійму.	Емоційне завершення.	Рефлексивне коло

Учасники програми, учасники бойових дій, змогли глибоко зануритись в питання травми, психологічних наслідків, суїцидальних проявів, резильєнтності, здобути необхідні знання та розвинути навички для ефективної сомадопомоги, дізнались про всі види психологічної підтримки. Програма допомогла їм усвідомити важливість психологічного здоров'я та дала поштовх для пропрацювання всіх травм, а також зрозуміти роль здорового психологічного стану в житті.

Завдяки підтримці, а також регулярним груповим зустрічам, спрямованим на обговорення власного досвіду, учасники програми мали можливість не лише здобути нові знання щодо психоемоційного стану, механізмів подолання кризових ситуацій, профілактики суїцидальної поведінки, а й усвідомлено рефлексувати, аналізувати власні дії та планувати подальші кроки реінтеграції в мирне життя.

З метою перевірки гіпотези дослідження та оцінки ефективності впровадженої триденної психосоціальної програми, був проведений *контрольний етап*, який передбачав повторну діагностику учасників експериментальної групи за тими самими психодіагностичними методиками, що застосовувались на констатувальному етапі.

Розглянемо рівень ризику за групами критеріїв в Таблиці 2.2.4.

Таблиці 2.2.4.

Рівень ризику за групами критеріїв після втручання

Критерії	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Психологічний	20% (3 осіб)	33% (5 особи)	47% (7 особи)
Соціальний	13% (2 осіб)	40% (6 осіб)	47% (7 особи)
Поведінковий	7% (1 осіб)	33% (5 осіб)	60% (9 особи)

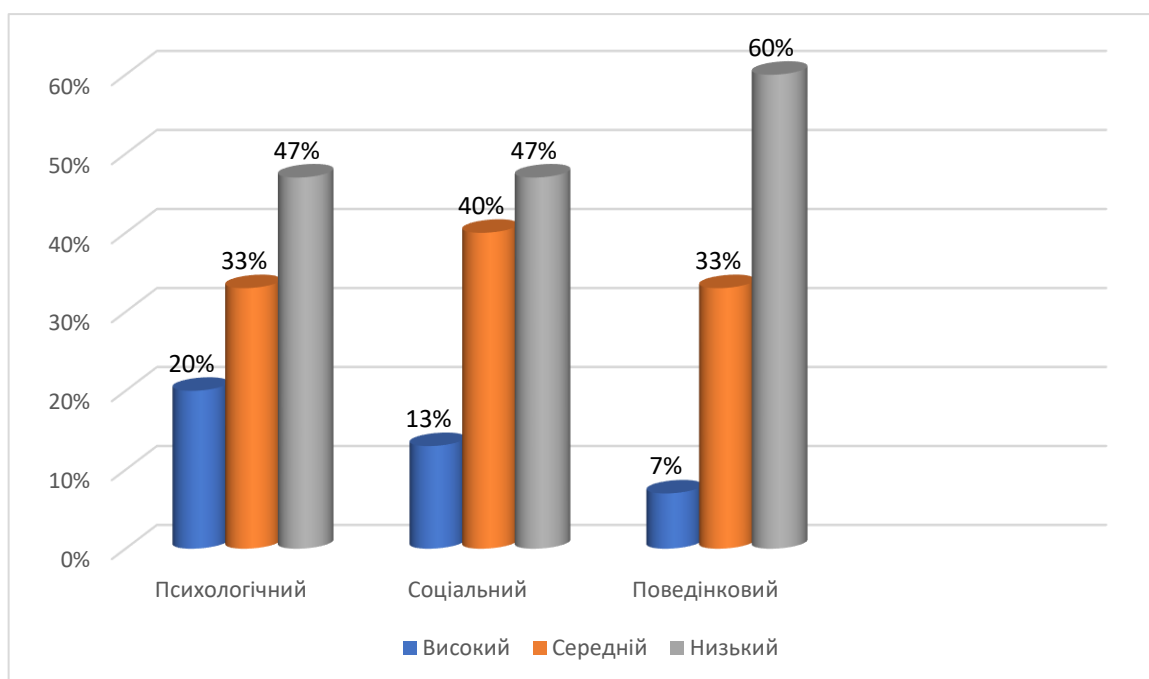


Рис. 2.2.2. Загальний рівень ризику за групами критеріїв після проведення профілактичної програми.

Порівняльний аналіз результатів первинного та повторного діагностування засвідчив ефективність реалізованої профілактичної програми у зниженні ризику суїцидальної поведінки серед ветеранів війни. За всіма трьома групами критеріїв – психологічними, соціальними та поведінковими – зафіксована позитивна динаміка: зменшення кількості осіб із високим рівнем ризику та збільшення частки учасників із низьким рівнем.

Найбільш виражені зміни спостерігаються у сфері поведінкового критерію: рівень високого ризику знизився з 47 % до 7 %, тоді як частка учасників із низьким ризиком зростає до 60 %. Це свідчить про зниження імпульсивних та ризикованих дій, а також про посилення адаптивних механізмів поведінки.

У межах психологічного критерію також зафіксоване суттєве покращення: рівень високого ризику зменшився з 60 % до 20 %, а показник низького ризику збільшився майже вчетверо. Такі зміни вказують на зниження рівня дистресу, депресивних проявів і загальне покращення емоційного стану ветеранів.

Соціальний критерій продемонстрував стабільну позитивну динаміку: рівень високого ризику зменшився з 53 % до 13 %, а низький рівень зріс з 14 % до 47 %. Це свідчить про зниження соціальної ізоляції, посилення соціальної залученості та зростання здатності до конструктивної взаємодії в соціальному середовищі.

Розглянемо рис. 3.2.2., де представлено візуальне порівняння результатів до та після впровадження профілактичної програми.

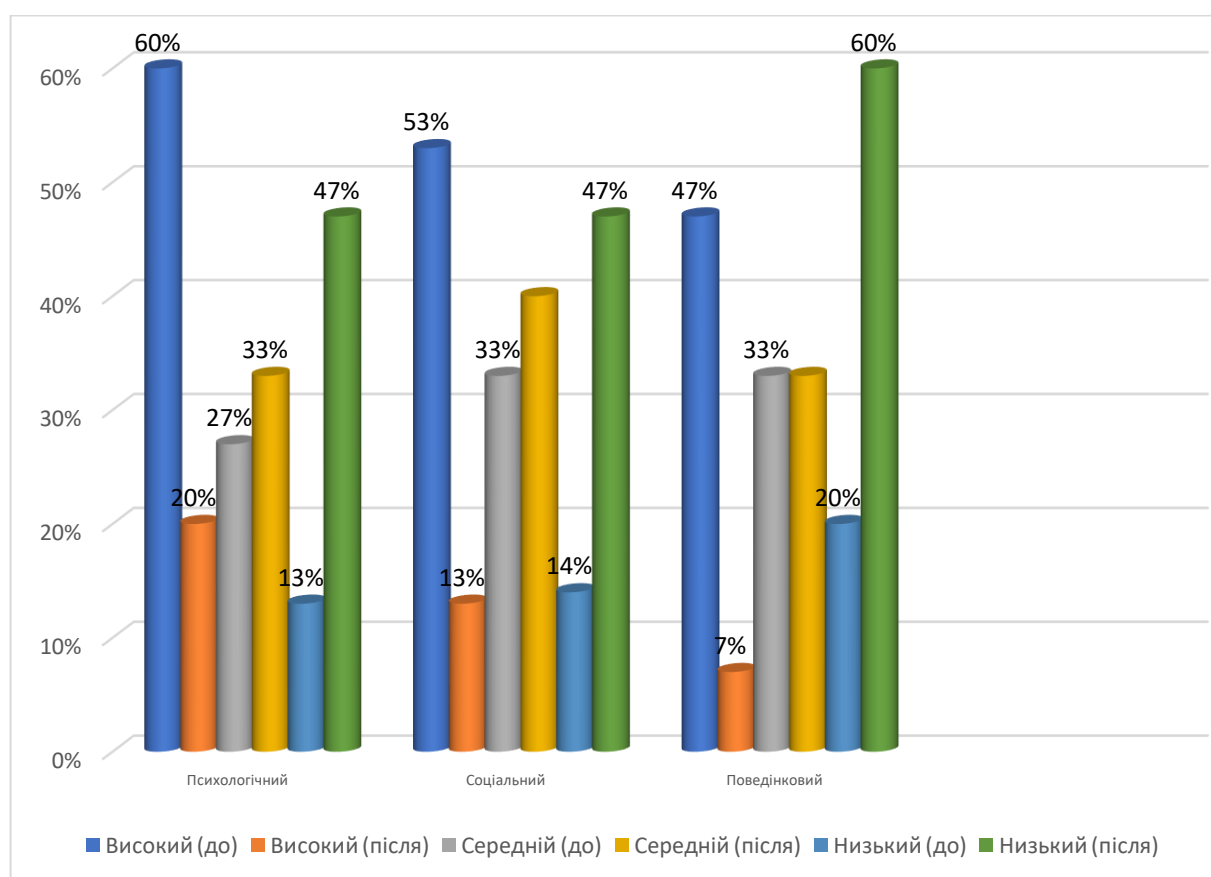


Рис. 2.2.3. Порівняння результатів до та після впровадження профілактичної програми

Отже, реалізована програма «Три дні для себе» засвідчила ефективність короткотривалого психосоціального втручання у зниженні суїцидальних ризиків серед ветеранів війни. Проте результати первинного та повторного діагностування, а також зворотний зв'язок учасників програми виявили глибші запити, що виходять за межі триденної інтервенції. Це, у свою чергу,

засвідчує потребу у впровадженні системної, етапної та міждисциплінарної моделі психосоціального супроводу, що включає психологічну, соціальну, правову та економічну підтримку ветеранів.

Зважаючи на це, у розділі 2.3 узагальнено практичні рекомендації, що ґрунтуються на досвіді реалізації програми, аналізі вітчизняних і міжнародних підходів до супроводу ветеранів, а також результатах діагностичного та формувального етапів дослідження. Запропоновані напрями можуть бути адаптовані як у рамках інституційної допомоги, так і у діяльності громадських ініціатив, ветеранських центрів та органів місцевого самоврядування.

2.3. Практичні рекомендації з організації профілактичної роботи з ветеранами війни, які мають суїцидальні прояви в системі соціально-психологічного супроводу.

Враховуючи складність проблематики та підвищений рівень емоційної напруги серед ветеранів бойових дій, організація ефективної профілактичної роботи потребує системного, міждисциплінарного та етапного підходу. Нижче подані практичні рекомендації базуються на результатах впровадженої психосоціальної програми та сучасних національних і міжнародних підходів до реабілітації військовослужбовців.

Реалізована триденна психосоціальна програма виявила низку суттєвих переваг, що підтверджують її доцільність і ефективність у роботі з ветеранами, які мають ризики суїцидальної поведінки.

Однією з ключових переваг є *цілісність та системність підходу*: програма охоплює емоційну, когнітивну, поведінкову та соціальну сфери функціонування особистості, що дозволяє впливати на комплекс причин суїцидальної вразливості. Поетапна структура роботи (від усвідомлення ризиків до формування бачення майбутнього) дає можливість учасникам пройти шлях від діагностики до осмислення власних внутрішніх ресурсів і цілей.

Також важливою перевагою є *практична спрямованість заходів*: кожен день поєднував елементи лекцій, групової терапії, вправ на рефлексію та розвитку навичок. Це сприяло не лише набуттю знань, а й їхньому практичному закріпленню.

Крім того, *менторська підтримка та можливість рефлексії у безпечному середовищі* значно посилили ефект програми. За відгуками учасників, саме підтримка групи та формат довірливого діалогу допомогли багатьом глибше усвідомити власний стан, отримати підтримку та відчути свою належність до спільноти.

До сильних сторін також варто віднести *доступність і адаптивність програми*: вона може бути реалізована у різних регіонах України та адаптована під різні цільові групи – зокрема, для молодих ветеранів, жінок-військовослужбовиць, осіб з інвалідністю тощо.

Розроблена нами програма «Три дні для себе» доцільно застосовувати як етап кризового втручання або інтенсивний стартовий модуль у структурі комплексного соціально-психологічного супроводу ветеранів. Вона може бути ефективно використана:

- на етапі первинного реагування, одразу після виявлення суїцидальних ризиків;
- у межах реабілітаційних або мобільних психосоціальних команд;
- як пілотний компонент довготривалих програм ресоціалізації або підготовки до демобілізації.

Успішна реалізація цієї програми може слугувати не лише інструментом зниження кризових станів, але й трампліном до ширших форм підтримки, включно з психологічною реабілітацією, освітніми програмами, соціальним включенням та правовою допомогою.

Однак попри позитивні результати, було виявлено і певні недоліки, що можуть бути враховані при подальшому вдосконаленні програми.

Перш за все *обмежена тривалість* (3 дні) не завжди дозволяє досягти глибокого опрацювання внутрішніх проблем та закріплення навичок. Для

частини учасників може бути необхідною довготривала терапевтична або психосоціальна підтримка, з чітко структурованим супроводом після завершення інтенсиву.

Також серед викликів – *психоемоційна напруга під час групової роботи*. Деякі учасники потребували більше часу на включення в процес, особливо ті, хто має досвід травматичних подій або ПТСР. Це вимагає від менторів високої кваліфікації та готовності адаптувати темп і зміст під реальні потреби групи.

Крім того, *відсутність сімейного компонента або паралельної роботи з близькими учасників* звужує потенціал впливу програми. Залучення партнерів, родичів чи сімейних консультантів могло б посилити результати профілактики, особливо в контексті підтримки у повсякденному житті.

З урахуванням отриманих результатів дослідження, проведеного до та після впровадження психосоціальної програми профілактики, усіх плюсів та мінусів програми, можна сформулювати комплекс рекомендацій для фахівців соціальної роботи, психологів та органів місцевого самоврядування, які ми розробили та описали в Таблиці 2.3.1.

Таблиця 2.3.1.

Практичні рекомендації з організації профілактичної роботи з ветеранами війни, які мають суїцидальні прояви

№	Напрямок профілактичної роботи	Конкретна рекомендація	Переваги	Обмеження / ризики	Відповідальні фахівці
1	<i>Первинна діагностика</i>	Проведення анкетування на виявлення суїцидального ризику при першому контакті з ветераном.	Дозволяє швидко виявити групу ризику.	Може викликати спротив або недовіру у ветерана.	Психолог, соціальний працівник
2	<i>Групова робота</i>	Організація тематичних груп взаємопідтримки з	Сприяє зниженню ізоляції, посиленню згуртованості.	Потрібна підготовка модераторів і збереження	Психолог, ветеран-наставник

		менторським супроводом.		конфіденційності.	
3	<i>Рефлексія та планування</i>	Регулярні зустрічі для аналізу досвіду, рефлексії та формування цілей.	Покращує самоусвідомлення, підвищує рівень мотивації до змін.	Необхідна системність та сталість участі.	Психолог, соціальний працівник
4	<i>Психоедукація</i>	Проведення коротких лекцій та тренінгів про кризові стани, способи подолання, ресурси допомоги.	Підвищує обізнаність ветеранів, знижує рівень стигматизації.	Може сприйматись як «теорія» без практики.	Психолог, освітній тренер, коуч
5	<i>Декомпресія та перехідний період</i>	Забезпечення поетапного повернення до цивільного життя (наприклад, участь у реабілітаційних центрах).	Сприяє зниженню стресу та адаптації до нового середовища.	Недостатня кількість установ, потребує міжвідомчої координації.	Координатор з реінтеграції, психолог, соціальний працівник

Проведений аналіз і практичний досвід реалізації профілактичної програми вказують на потребу розширення спектру підтримки для ветеранів війни, які мають ознаки суїцидальної поведінки. Короткострокові інтервенції, як-от програма «Три дні для себе», є ефективними для зниження гострих проявів, однак не можуть повною мірою замінити довготривалу й системну підтримку, необхідну для стійкої реінтеграції ветеранів у мирне життя.

У зв'язку з цим постає необхідність впровадження багатовимірної моделі соціально-психологічного супроводу ветеранів, яка включає такі ключові напрями [21, с. 312-314]:

- Психологічна реабілітація: комплексна оцінка психоемоційного стану ветеранів, ідентифікація травматичних наслідків війни (зокрема ПТСР, депресії), проведення індивідуальної та групової терапії, зниження рівня дистресу, профілактика рецидивів кризових станів.
- Соціальна адаптація: підтримка у поверненні до мирного життя, сприяння працевлаштуванню, поліпшенню житлових умов, відновленню соціальних зв'язків і залученню до життя громади.
- Освітні програми та перекваліфікація: розширення доступу до безоплатної вищої та професійної освіти для ветеранів та членів їхніх родин; створення умов для перекваліфікації, що сприяє професійній реалізації в цивільному житті.
- Правова підтримка: забезпечення юридичної поінформованості ветеранів, доступ до правової допомоги, функціонування адвокаційних центрів, клінік правової підтримки та програм правової просвіти.
- Соціально-економічна підтримка: розробка фінансових та соціальних програм (субсидії, гранти, пільги, реабілітаційні центри), що забезпечують стабільність і знижують вразливість до кризових станів.
- Громадська підтримка та просвіта: інформування суспільства про виклики, з якими стикаються ветерани; боротьба зі стигматизацією психічного здоров'я; формування культури поваги та визнання внеску захисників у безпеку держави.

Саме поєднання кризового реагування з довготривалою міжсекторальною підтримкою може забезпечити ефективну профілактику суїцидальної поведінки, стійку соціальну інтеграцію та збереження психічного здоров'я захисників України. Таким чином, профілактика суїцидальної поведінки серед ветеранів повинна стати невід'ємною частиною системи соціально-психологічного супроводу в умовах постконфліктного

відновлення. Її ефективність безпосередньо залежить від цілісності підходу, кваліфікації фахівців та включеності громади у процес підтримки захисників.

Висновок до другого розділу

Реалізована нами психосоціальна програма профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів засвідчила свою ефективність у контексті зменшення психологічної напруги, підвищення рівня усвідомлення особистісних ресурсів та покращення емоційного самопочуття учасників. Завдяки залученню менторської підтримки, груповій роботі та вправам на рефлексію вдалося створити безпечне середовище, у якому учасники мали змогу не лише опрацьовувати особистісні кризи, а й планувати подальші кроки своєї реінтеграції в мирне життя.

Порівняльний аналіз результатів констатувального та контрольного етапів діагностики засвідчив позитивну динаміку змін в експериментальній групі. Зокрема, за мотиваційно-ціннісним критерієм спостерігалось суттєве зростання показників, що свідчить про посилення внутрішньої мотивації до життя, підвищення рівня адаптивності та здатності до саморегуляції. Натомість у контрольній групі значущих змін не виявлено, що підтверджує цілеспрямований вплив впровадженої програми.

Запроваджена профілактична програма для ветеранів війни з ризиками суїцидальної поведінки виявилася ефективною в аспекті формування емоційної стабільності, підвищення рівня саморефлексії, зміцнення мотиваційних установок та розширення ресурсної підтримки. Її перевагами стали практична спрямованість, можливість групового та індивідуального опрацювання кризових станів, а також включення менторської підтримки. Водночас, певними обмеженнями залишаються потреба у довшому часовому охопленні, необхідність мультидисциплінарної команди та складність охоплення осіб із високим рівнем недовіри. Незважаючи на ці виклики, програма підтвердила свою актуальність і потенціал у системі соціально-психологічного супроводу ветеранів.

Однак, тримані результати дозволяють зробити висновок, що запропонована нами програма може бути використана як ефективний інструмент для первинної профілактики суїцидальної поведінки серед

ветеранів. Водночас доцільним є подальше вдосконалення програми шляхом розширення її тривалості, включення постпрограмного супроводу та залучення родин ветеранів до процесу психосоціальної підтримки.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів дослідження проблеми виявлення та профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів бойових дій засвідчує досягнення поставленої мети та виконання основних завдань наукового дослідження.

Питання психосоціального супроводу ветеранів, які повертаються з війни, викликає стійкий інтерес як серед українських, так і зарубіжних дослідників. Водночас проблема цілеспрямованої діагностики та раннього виявлення суїцидальних ризиків у цій групі населення, а також розробка адаптованих інструментів оцінювання, залишається недостатньо дослідженою в межах сучасної наукової та практичної соціальної роботи.

1. На основі опрацювання наукових джерел уточнено зміст і співвідношення понять. Визначено, що суїцид є завершальною формою деструктивної поведінки, якій передують комплекс психічних, емоційних і поведінкових феноменів, об'єднаних поняттям *«суїцидальна поведінка»*. Виявлено її форми, етапи та особливості прояву у ветеранів війни, а також систематизовано фактори ризику, маркери суїцидальної схильності та захисні (антисуїцидальні) чинники. Підкреслено пріоритетність аналізу суїцидальної поведінки для запобігання завершеним самогубствам.

2. Досліджено особливості соціально-психологічного супроводу ветеранів із проявами суїцидальної поведінки. Встановлено, що соціально-психологічний супровід є системним процесом, який охоплює психоемоційну підтримку, соціальну адаптацію та інтеграцію в громаду, сприяє збереженню особистісної цілісності, подоланню депресивних і тривожних станів, підвищенню стресостійкості та адаптаційного потенціалу. Сформовано ключові компоненти супроводу: індивідуальна робота, сімейне консультування, групові форми підтримки, кризове втручання та профілактичні заходи.

3. Обґрунтовано технологію профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів. Проведений аналіз проблеми суїцидальної поведінки серед

ветеранів війни засвідчує актуальність впровадження цілісної, багатоетапної профілактичної технології, спрямованої на зниження рівня ризику самогубств у цій соціальній групі. Така технологія повинна враховувати специфіку бойового досвіду, психоемоційні травми, труднощі реадптації до мирного життя, а також соціальні чинники — ізоляцію, стигматизацію, труднощі з працевлаштуванням і нестабільність сімейних стосунків.

Доведено, що технологія профілактики передбачає комплексний підхід, що включає: ранню діагностику психологічного стану ветеранів за допомогою стандартизованих методик і скринінгових анкет; індивідуальне та групове консультування; залучення ветеранів до психосоціальних програм підтримки; розвиток резильєнтності та навичок емоційного саморегулювання; а також інтеграцію у громаду через участь у волонтерських, професійних чи освітніх ініціативах.

4. Проведене емпіричне дослідження дозволило здійснити експериментальну перевірку рівня схильності ветеранів війни до проявів суїцидальної поведінки та комплексно оцінити ефективність авторської профілактичної програми «Три дні до себе». Програма була побудована на багатокомпонентному підході, спрямованому на роботу за трьома ключовими критеріями оцінки ризику – психологічним, соціальним та поведінковим, – і передбачала вплив на кожен із них через інтеграцію методів групової та індивідуальної роботи, психоедукації, рефлексивних вправ та формування соціальної підтримки. Результати порівняльного аналізу даних первинного та повторного тестування продемонстрували статистично значущу позитивну динаміку за всіма критеріями. За поведінковим критерієм частка учасників із високим рівнем ризику зменшилася з 47% (7 осіб) до 7% (1 особа), тоді як кількість ветеранів із низьким рівнем ризику зросла до 60% (9 осіб). Це свідчить про зниження імпульсивності, ризикованих дій та розвиток більш адаптивних моделей поведінки. За психологічним критерієм зафіксовано зниження високого рівня ризику з 60% (9 осіб) до 20% (3 особи) та майже чотириразове зростання частки учасників із низьким рівнем – з 13% (2 особи)

до 53% (8 осіб). Така динаміка вказує на зменшення дистресу, симптомів депресії та тривожності, а також на покращення емоційної стабільності. За соціальним критерієм кількість ветеранів із високим рівнем соціального ризику (ізоляція, відсутність підтримки) знизилася з 53% (8 осіб) до 13% (2 особи), а частка з низьким рівнем зросла з 14% (2 особи) до 47% (7 осіб). Це підтверджує підвищення здатності до міжособистісної взаємодії, розширення кола соціальних контактів та зменшення почуття відчуження. Сумарно отримані результати свідчать про істотне покращення психоемоційного стану, зниження соціальної ізоляції та відмову від деструктивних поведінкових патернів. Учасники продемонстрували зростання адаптивного потенціалу, посилення ресурсності та готовності до конструктивного вирішення особистісних і соціальних проблем. Ефективність програми підтверджує доцільність її використання як інтенсивного етапу багатовимірної моделі соціально-психологічного супроводу ветеранів, орієнтованої на комплексне зниження суїцидальних ризиків.

5. На підставі проведеного дослідження та апробації програми профілактики суїцидальної поведінки «Три дні до себе» було розроблено та обґрунтовано комплекс практичних рекомендацій щодо організації профілактичної роботи з ветеранами війни, які мають суїцидальні прояви, у системі соціально-психологічного супроводу. Визначено ключові напрями профілактичної роботи, що забезпечують комплексний вплив на психологічний стан, соціальну інтеграцію та поведінкові установки ветеранів: первинна діагностика для своєчасного виявлення групи ризику; організація груп взаємопідтримки з менторським супроводом; регулярна рефлексія та планування індивідуальних і групових цілей; психоедукаційні заходи, спрямовані на підвищення обізнаності та зниження стигматизації; заходи з декомпресії та підтримки у перехідний період до цивільного життя.

Розроблена програма «Три дні до себе» може бути інтегрована на етапі інтенсивної психосоціальної підтримки як стартовий модуль для зниження гострих проявів психологічної та соціальної дезадаптації у системі соціально-

психологічного супроводу і може бути застосована: після первинної діагностики як короткотривале кризове втручання; у процесі реабілітаційних заходів для активізації особистісних ресурсів і підвищення мотивації до змін; як підготовчий етап перед довготривалими програмами індивідуальної чи групової терапії.

Практична значущість рекомендацій полягає у можливості їх використання різними суб'єктами системи підтримки ветеранів — психологами, соціальними працівниками, координаторами програм реінтеграції та громадськими організаціями. Рекомендації враховують необхідність міжвідомчої взаємодії та мультидисциплінарного підходу, що підвищує їхню універсальність і потенціал масштабування.

Таким чином, результати дослідження підтверджують гіпотезу про те, що науково обґрунтована, адаптована до специфіки бойового досвіду програма профілактики може істотно знизити рівень суїцидальної поведінки серед ветеранів війни. Її поєднання з системою міжвідомчого соціально-психологічного супроводу та багатовимірною моделлю підтримки забезпечує не лише кризове втручання, а й стійку інтеграцію ветеранів у мирне життя.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні програми на інші цільові групи (жінки-військовослужбовиці, ветерани з інвалідністю, молоді ветерани), інтеграції сімейного компонента та розробці методів довготривалого постпрограмного супроводу.

ДЕКЛАРАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ГШІ

Автори заявляють про використання генеративного ШІ у процесі дослідження та підготовки рукопису. Відповідно до таксономії GAIDeT (2025), наведені нижче завдання були делеговані інструментам генеративного ШІ за повного людського нагляду:

- Генерування ідей
- Пошук і систематизація літератури
- Формулювання висновків
- Переклад

Використаний інструмент генеративного ШІ: ChatGPT-5.

Повну відповідальність за фінальний рукопис несуть автори.

Інструменти генеративного ШІ не зазначаються як автори та не несуть відповідальності за кінцеві результати.

Декларацію подав(ла): Забава Анна

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Герасименко М. В., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 156 с.
2. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Беспаленко А. А., Щеглюк О. І., Кіх А. Ю., Бур'янов О. А., Волянський О. М., Корченко В. В., Михайловська М. М. Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією кінцівок на основі мультипрофесійного та індивідуального підходу. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2020. Вип. 1(1). С. 64–72.
4. Болтоносів С. В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Арх. психіатрії*. 2018. Т. 24, N 2. С. 77–80.
5. Бугаєв С. Як передові армії світу попереджають самогубства військових і на кого рівнятися Україні. ASN. URL: <http://asn.in.ua/ua/news/publishing/108829-что-делат-ukraine-чтобы-vsue-ne-stali-armiej-sam.html> (дата звернення: 13.11.2025)
6. Гапонов К. Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2019. N 1. С. 40–52.
7. Глушкова Т. О. Профілактика суїцидів у військових частинах. *Практична психологія і соціальна робота*. 2000. № 1. С. 26–30.
8. Горбунова В., Карачевський А., Климчук В., Нетлюх Г., Романчук, О. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп: навчальний посібник. Київ, 2016.

9. Горбунова В., Савиченко О., Тичина І., Портницька Н. Методичний посібник для соціальних працівників: Посилення спроможності соціальних працівників здійснювати психосоціальну підтримку ветеранів та їх сімей з питань психічного здоров'я. Видання 2, оновлене та доповнене. Київ, 2024. 112 с.

10. Грішнова О. А., Самолюк Н. М., Рощик І. А. Визначення актуальних потреб учасників бойових дій (УБД) як основа їх ефективного соціального захисту. *Теоретичні та прикладні питання економіки*. 2023. Вип. 1 (46). С. 56–66.

11. Губська О. Теоретична модель психосоціального супроводу ветеранів антитерористичної операції/операції об'єднаних сил в умовах гібридної війни та миру. *SPP Studios – Психологія і суспільство*. 2021. URL: <https://sppstudios.com.ua/article/read/theoretical-model-of-psychosocial-support-for-veterans-of-anti-terrorist-operation-joint-forces-operation-in-conditions-of-hybrid-war-and-peace> (дата звернення: 15.07.2025).

12. Деякі питання надання безоплатної психологічної допомоги...: Постанова Каб. Міністрів України від 29.11.2022 № 1338. Станом на 25 груд. 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-п#Text> (дата звернення: 17.03.2025).

13. Дьоміна О. О. Клініко-психологічні особливості суїцидальної поведінки при гострій реакції на стрес. *Український вісник психоневрології*. 2002. Т. 10.

14. Забава А. В., Попова А.С. Суїцидальна поведінка ветеранів війни: концептуальні засади, чинники та напрями профілактики. *Наука III тисячоліття : пошуки, проблеми, перспективи розвитку : матеріали VIII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (23-24 квітня 2025 року) : збірник тез*. Запоріжжя : БДПУ, 2025. 424 с. С. 401 – 404.

15. Забава А. Теоретико-методичні засади соціально-психологічного супроводу ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки. *Збірник тез наукових доповідей здобувачів вищої освіти Бердянського державного*

педагогічного університету на Днях науки 14 травня 2025 року. Том 1. Суспільні науки. Бердянськ :БДПУ, 2025. 474 с.

16. Забава А., Попова А. Соціально-психологічний супровід ветеранів війни з проявами суїцидальної поведінки як складова соціального захисту вразливих груп населення. *Соціально-освітні домінанти професійної підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти : матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції* : збірник наукових праць ; укладачі Петровська К. В., Попова А. С. 2025. 358 с. С 191-193.

17. Захаріна Т. І. Соціальна реінтеграція ветеранів російсько-української війни у закладах вищої освіти: монографія. Київ: Юрінком Інтер, 2025. 460 с.

18. Казмірчук А. П. Суїциди в збройних силах України: аналіз та напрями їх запобігання. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2017. Вип. 47. С. 310–319.

19. Коқун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.

20. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І., Чижевський С. О. Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України: практ. посіб. Харків: НАНГУ, 2020. 116 с.

21. Куркова К. М., Луценко-Миськів Л. І. Соціальна адаптація військовослужбовців у післявоєнний період. *Law and public administration*. 2024. № 1. С. 309–316. URL: <https://doi.org/10.32782/pdu.2024.1.43> (дата звернення: 08.01.2025).

22. Лебедев Д. В., Назаров О. О., Тімченко О. В., Христенко В. Є., Шевченко І. О. Психологія суїцидальної поведінки: Посібник / За заг. ред. О. В. Тімченка. Харків, 2007. 129 с.

23. Матіос навів невтішну статистику самогубств серед військових АТО. *Ukrinform*. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-ato/2449276-matios->

naviv-nevtisnu-statistiku-samogubstv-sered-vijskovih-ato.html (дата звернення: 18.11.2024).

24. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: Методичні рекомендації / А. В. Швець та ін. Київ, 2016. 59 с.

25. Методичні рекомендації командирам, штабам, органам виховної роботи щодо профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців. Головне управління виховної та соціально-психологічної роботи Збройних Сил України, Соціально-психологічний центр Збройних Сил України. Київ, 2011. 26 с.

26. Міністерство охорони здоров'я України. Контакти психологічної підтримки: для цивільних, для ветеранів, для дітей і підлітків, для ВПО і постраждалих від війни. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/kontakti-psihologichnoyi-pidtrimki-dlya-civilnih-dlya-veteraniv-dlya-ditej-i-pidlitkiv-dlya-vpo-i-postrazhdalih-vid-vijni> (дата звернення: 18.07.2025).

27. Мінко О. І., Лінський І. В., Бараненко О. В. Алкогольна поведінка та її наслідки у ветеранів АТО і цивільного населення, постраждалого від гібридної війни. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1. С. 190.

28. Мозальов В. Є., Власенко Р. О. Соціально-психологічні чинники та напрями запобігання суїцидальної поведінки військовослужбовців в бойових умовах. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 5 (75). С. 72–77.

29. Москалець В. П. Патопсихологія суїцидальної поведінки. Психологія суїциду. Київ, 2004. С. 145–209.

30. Національний інститут стратегічних досліджень. Адаптація ветеранів війни до мирного життя: помічник ветерана. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/adaptatsiya-veteraniv-viyny-do-myrnoho-zhyttya-pomichnyk-veterana> (дата звернення: 18.07.2025).

31. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати?: Довідник для широкого кола фахівців / За заг. ред.: К. Возніцина, Л. Литвиненко. 2 вид., допов. Київ, 2023. 164 с.
32. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
33. Організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей. Рекомендації для місцевих органів влади. Київ: ВАІТЕ, 2021. 32 с.
34. Павлик Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: метод. посіб. Київ, 2020. 92 с.
35. Приходько І. І., Байда М. С. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки військовослужбовців. *Чесць і закон*. 2018. № 3. С. 67–74. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Chiz_2018_3_11 (дата звернення: 23.03.2025).
36. Проблеми соціальної адаптації ветеранів в Україні. Інститут соціології НАН України. URL: https://isnasu.org.ua/popsci/010_Klymenko_Chepurko_-_Problemy_veteraniv.php (дата звернення: 18.04.2025).
37. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні: Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text> (дата звернення: 17.03.2025).
38. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 № 3551-ХІІ. Відомості Верховної Ради України. 1994. № 4. Ст. 11. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/3551-12#Text> (дата звернення: 17.03.2025).
39. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей. Київ: Міленіум, 2015. 150 с.
40. Психологічна профілактика суїцидальної поведінки працівників органів внутрішніх справ. Методичні рекомендації. Київ: Міністерство внутрішніх справ України Національна академія внутрішніх справ України, 2000.

41. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн: навч. посіб. Київ: НУОУ ім. Івана Черняховського, 2017. 132 с.
42. Семенов С. Психологічний аналіз проблеми суїцидальної поведінки військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. № 3 (53). С. 119–132.
43. Синишина, В. М. Психологічні чинники суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. *Матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації»*. Переяслав, 2021. Вип. 73. С. 118–121.
44. Суїцидологія: навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.
45. Тімченко О. В. Психологічні рекомендації працівникам ОВС щодо саморегуляції поведінки і керування професійним стресом. *Психологія: Зб. наук. пр. НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2001. Вип. 13. С. 419–423.
46. Тімченко О. В. Сучасні групові методи надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях. *Науковий вісник Чернівецького університету: Зб. наук. пр. Педагогіка та психологія*. Чернівці: Рута, 2001. Вип. 122. С. 3–5.
47. Тімченко О. В. Сучасні підходи до класифікації стресу. *Вісник Харківського державного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди*. Психологія. Харків: ХДПУ, 2001. Вип. 6. С. 194–199.
48. Царенко Л., Вебер, Т., Войтович, М., Гриценко, Л., Кочубей, В., Гридковець, Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Т. 2. Київ, 2018. 240 с.
49. Цимбалюк І. Самогубство як проблема девіантної поведінки. *Психолог*. 2003. Груд. (№ 46). С. 12–14.
50. Шевченко Р. П. Інноваційні підходи до організації соціального захисту ветеранів війни: міжнародний досвід. *Інвестиції*. 2024. С. 184.
51. Як вчасно розпізнати суїцидальні наміри у ветеранів та запобігти самогубствам. Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2024. URL:

<https://phc.org.ua/news/yak-vchasno-rozpiznati-suicidalni-namiri-u-veteraniv-ta-zapobigti-samogubstvam> (дата звернення: 03.05.2025).

52. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід. Практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

53. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід. Практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

54. Suchikova Y., Tsybuliak N., & Teixeira da Silva J. A. & Nazarovets S. GAIDeT (Generative AI Delegation Taxonomy): A taxonomy for humans to delegate tasks to generative artificial intelligence in scientific research and publishing. *Accountability in Research, in press.* 2025.
<https://doi.org/10.1080/08989621.2025.2544331> (дата звернення: 15.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Критерії та рівні схильності до суїцидальної поведінки

Показник	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
<i>Психологічний критерій</i>			
Ветеран війни не бачить сенсу продовжувати життя.	<p>Ветеран час від часу може відчувати втому від життя, але зберігає інтерес до майбутнього.</p> <p>Спостерігається емоційне виснаження, проте людина має мотивацію до саморозвитку, підтримує соціальні контакти.</p> <p>Песимістичні думки виникають епізодично, але не є домінуючими.</p> <p>Є усвідомлення труднощів, але зберігається віра у можливість змін.</p>	<p>Втрачається інтерес до життя, майбутнє здається невизначеним або безперспективним.</p> <p>Часті думки про марність існування, хоча прямих намірів щодо самогубства немає.</p> <p>Соціальна активність знижується, виникає бажання ізолюватися від інших.</p> <p>Спостерігаються прояви депресії, почуття провини або сорому.</p> <p>Можливі думки про смерть як спосіб уникнення страждань.</p>	<p>Відсутність сенсу життя стає домінуючою думкою.</p> <p>Висловлюються або з'являються прямі суїцидальні наміри.</p> <p>Повна соціальна ізоляція, відмова від допомоги, байдужість до власного майбутнього.</p> <p>Можливі дії, що свідчать про підготовку до суїциду (роздача особистих речей, прощальні листи тощо).</p> <p>Ветеран вважає, що самогубство – єдиний вихід із ситуації.</p>
Депресія, відчай, тривожність.	<p>Тимчасові перепади настрою, періодична апатія, яка не заважає виконанню повсякденних справ.</p> <p>Тривожність виникає ситуативно, але не домінує в емоційному стані.</p> <p>Ветеран здатний знаходити підтримку в близьких або фахівцях, зберігає соціальну активність.</p>	<p>Відчуття пригніченості, відчуження та розгубленості стають частішими.</p> <p>Виникають труднощі у виконанні звичних обов'язків, знижується працездатність.</p> <p>Тривожність набуває хронічного характеру, з'являється почуття безнадії та втрати контролю над життям.</p>	<p>Важка депресія, відчай, повна втрата сенсу життя.</p> <p>Постійне відчуття тривоги, яке супроводжується панічними атаками або соматичними проявами (прискорене серцебиття, головний біль, біль у животі тощо).</p> <p>Повна соціальна ізоляція, відмова від</p>

	<p>Зниження настрою є реакцією на певні обставини, але зберігається надія на покращення ситуації.</p>	<p>Можливі порушення сну (безсоння або надмірна сонливість), проблеми з апетитом.</p> <p>Ветеран усе частіше уникає спілкування, з'являється байдужість до власного майбутнього.</p>	<p>спілкування та будь-якої допомоги.</p> <p>Суїцидальні думки стають регулярними, можливі наміри або спроби самогубства.</p> <p>Ветеран може відкрито говорити про бажання припинити життя або про свою «непотрібність».</p>
<p>Почуття провини, сорому, емоційного виснаження.</p>	<p>Почуття провини або сорому виникає ситуативно, але не домінує в емоційному стані ветерана.</p> <p>Емоційне виснаження проявляється у тимчасовій втомі, яка компенсується відпочинком або підтримкою близьких.</p> <p>Ветеран усвідомлює свої переживання та здатний працювати над ними, звертається по допомогу в разі потреби.</p> <p>Зберігається здатність до саморефлексії без самозвинувачення.</p>	<p>Почуття провини та сорому набувають хронічного характеру, ветеран часто згадує події минулого, які викликають негативні емоції.</p> <p>Виникає схильність до самозвинувачення, що впливає на самооцінку та загальний емоційний стан.</p> <p>Емоційне виснаження призводить до зниження мотивації, труднощів у виконанні щоденних завдань, відчуття безсилля.</p> <p>Спостерігається часткова соціальна ізоляція, небажання ділитися своїми переживаннями з оточенням.</p> <p>Можливе зловживання алкоголем або іншими способами втечі від реальності.</p>	<p>Глибоке почуття провини та сорому стає центральним у світосприйнятті ветерана, викликаючи відчуття «власної негідності».</p> <p>Ветеран вважає себе причиною чужих страждань або невдач, впевнений у власній безпорадності.</p> <p>Емоційне виснаження призводить до повної апатії, втрати інтересу до життя та нездатності бачити можливості для змін.</p> <p>Повна соціальна ізоляція, уникнення будь-якого спілкування, втрата зв'язку навіть із найближчими людьми.</p> <p>Високий ризик суїцидальних думок і намірів, спроби самопокарання (автоагресія, небезпечна поведінка).</p>

<p>Наявність суїцидальних думок (ідеації).</p>	<p>Суїцидальні думки відсутні або виникають рідко та мають абстрактний характер (наприклад, роздуми про сенс життя, смерть як філософське поняття).</p> <p>Ветеран не має конкретних намірів або планів щодо суїциду.</p> <p>При стресових ситуаціях шукає конструктивні способи подолання труднощів (підтримка близьких, звернення до фахівців, заняття спортом тощо).</p> <p>Загальний рівень психоемоційної стабільності залишається високим.</p>	<p>Суїцидальні думки виникають періодично, особливо під впливом стресу, спогадів про травматичний досвід або почуття безнадії.</p> <p>Можлива вербалізація думок про небажання жити або припущення, що смерть могла б бути «вирішенням» проблем.</p> <p>Відсутній конкретний план, але є роздуми про можливі способи суїциду.</p> <p>Може знижуватися рівень самозбереження (ризикована поведінка, байдужість до власної безпеки).</p> <p>Спостерігається емоційна нестабільність, відчуття внутрішньої спустошеності, ізоляція від оточення.</p>	<p>Суїцидальні думки стають нав'язливими, регулярними, займають значну частину мислення ветерана.</p> <p>Є конкретний план суїциду, розглядаються деталі (час, місце, спосіб).</p> <p>Ветеран може демонструвати підготовчі дії (писати прощальні записки, впорядковувати справи, прощатися з близькими, роздавати особисті речі).</p> <p>Глибока соціальна ізоляція, відчуття повної безнадії, впевненість у відсутності підтримки чи можливостей змінити ситуацію.</p> <p>Високий ризик суїцидальної спроби, можливі випадки самопошкодження (автоагресія).</p>
<p>Відчуття безнадії, зниження віри у майбутнє.</p>	<p>Ветеран здебільшого зберігає оптимізм, хоча може відчувати тимчасові сумніви щодо майбутнього.</p> <p>Вірить у можливість покращення ситуації та шукає шляхи її вирішення.</p> <p>Має певні життєві цілі, плани та мотивацію до їх реалізації.</p> <p>Підтримує соціальні контакти, отримує емоційну підтримку</p>	<p>Відчуття безнадії виникає періодично, особливо під впливом життєвих труднощів або спогадів про бойовий досвід.</p> <p>Зниження віри у майбутнє проявляється у невизначеності щодо власного життя, кар'єри, сім'ї.</p> <p>Спостерігається зменшення мотивації до досягнення цілей, відсутність прагнення до саморозвитку.</p>	<p>Ветеран постійно відчуває глибоку безнадію, втрачає сенс життя.</p> <p>Переконаний, що жодні зміни чи зусилля не можуть покращити ситуацію.</p> <p>Відсутня будь-яка віра у майбутнє, спостерігається повна апатія та емоційне виснаження.</p> <p>Відмова від будь-яких спроб соціальної</p>

	<p>від родини, друзів, побратимів.</p> <p>Здатний адаптуватися до змін, використовує стратегії подолання труднощів.</p>	<p>З'являється байдужість до змін у власному житті, песимістичний погляд на подальший розвиток подій.</p> <p>Часткова ізоляція від суспільства, уникання розмов про майбутнє.</p>	<p>або професійної адаптації.</p> <p>Глибока ізоляція, зниження комунікативної активності, ігнорування можливостей отримати допомогу.</p> <p>Високий ризик суїцидальних думок та намірів, можливі попередні спроби самогубства.</p>
<p>Порушення самосприйняття (низька самооцінка, самозвинувачення).</p>	<p>Ветеран має адекватну або злегка знижену самооцінку, проте не піддається самозвинуваченню.</p> <p>Може визнавати свої помилки, але сприймає їх як частину життєвого досвіду.</p> <p>Відчуває власну цінність та важливість у суспільстві, прагне до саморозвитку. Шукає підтримку в оточенні, готовий працювати над своїми слабкими сторонами.</p>	<p>Спостерігається нестабільна самооцінка, схильність до самокритики.</p> <p>Ветеран може вважати себе винним у певних ситуаціях, особливо пов'язаних із бойовим минулим.</p> <p>Часто порівнює себе з іншими та відчуває власну недостатність. Періодично з'являється відчуття непотрібності, сумніви у власній спроможності адаптуватися до мирного життя.</p> <p>Може уникати соціальних контактів через страх осуду чи невизнання.</p>	<p>Виражене самозвинувачення, відчуття власної нікчемності, відсутність віри у власні сили.</p> <p>Постійна низька самооцінка, переконаність у своїй непотрібності для суспільства, сім'ї, побратимів.</p> <p>Відчуття, що всі труднощі є особистою провиною ветерана, навіть якщо вони не залежать від нього.</p> <p>Відмова від будь-яких спроб саморозвитку, уникання соціальних контактів.</p> <p>Може висловлювати думки про власну марність або про те, що світ був би кращим без нього.</p> <p>Високий ризик розвитку депресії та суїцидальних думок.</p>

<p>Відмова від соціальних контактів.</p>	<p>Ветеран підтримує регулярний зв'язок із сім'єю, друзями та побратимами.</p> <p>Хоча може уникати великих зібрань чи нових знайомств, все ж бере участь у соціальних заходах. Відчуває себе комфортно у знайомому соціальному середовищі, має хоча б одну людину, якій довіряє.</p> <p>Виявляє ініціативу у спілкуванні або позитивно реагує на спроби контакту з боку інших.</p>	<p>Помітне зниження соціальної активності: рідше спілкується з друзями, колегами, сім'єю.</p> <p>Уникає соціальних заходів, не проявляє ініціативи в комунікації. Відчуває дискомфорт під час спілкування, швидко втомлюється від соціальних взаємодій.</p> <p>Може мати періодичні бажання усамітнитися, але все ж реагує на звернення близьких людей.</p>	<p>Повна або майже повна ізоляція від соціуму: ветеран уникає будь-яких контактів, навіть із найближчим оточенням.</p> <p>Відмовляється відповідати на дзвінки, повідомлення, може не виходити з дому протягом тривалого часу.</p> <p>Відчуває байдужість або ворожість до соціуму, може висловлювати думки про непотрібність зв'язків з іншими людьми.</p> <p>Уникає не тільки нових знайомств, а й розриває існуючі стосунки.</p> <p>Високий ризик розвитку депресії, відчуття безнадійності, можливі суїцидальні думки.</p>
<p>Ознаки підготовки до суїциду.</p>	<p>Відсутні будь-які дії, пов'язані з підготовкою до самогубства.</p> <p>Може мати загальні роздуми про смерть, але не розглядає суїцид як реальний варіант.</p> <p>У стресових ситуаціях шукає підтримку у близьких, звертається за допомогою до</p>	<p>Час від часу висловлює думки про безглуздість життя або свою непотрібність.</p> <p>Проявляє інтерес до теми смерті: переглядає контент, читає матеріали про суїцид.</p> <p>Починає наводити порядок у справах (закриває борги, складає заповіти,</p>	<p>Має конкретний план суїциду (обирає спосіб, час, місце).</p> <p>Активно шукає способи самогубства, вивчає інформацію, накопичує відповідні засоби.</p> <p>Робить прощальні жести: дарує важливі особисті речі, пише передсмертні записки, прощається з близькими.</p>

	<p>спеціалістів або намагається самостійно знайти вихід.</p> <p>Життєві труднощі сприймає як тимчасові та такі, що можна подолати.</p>	<p>передає особисті речі).</p> <p>Виявляє підвищену тривожність, емоційну нестабільність, може раптово змінювати настрій.</p> <p>Висловлює непрямі або завуальовані суїцидальні наміри («було б краще, якби мене не було»).</p>	<p>Проявляє раптове поліпшення настрою після прийняття рішення про суїцид.</p> <p>Може натякати або відкрито говорити про намір піти з життя.</p> <p>Високий ризик суїцидальної спроби, необхідне негайне втручання фахівців.</p>
Розвиток ПТСР.	<p>Симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відсутні або проявляються епізодично у легкій формі.</p> <p>Ветеран здатний контролювати емоції та справлятися з наслідками травматичного досвіду.</p> <p>Відсутні нав'язливі спогади або вони незначно впливають на повсякденне життя.</p> <p>Має достатню соціальну підтримку, звертається за допомогою у разі потреби.</p> <p>Здатний адаптуватися до мирного життя, підтримує соціальні зв'язки.</p>	<p>Виявляє симптоми ПТСР, такі як періодичні флешбеки, кошмари, підвищена тривожність.</p> <p>Відчуває емоційне виснаження, часті зміни настрою, роздратованість, почуття провини.</p> <p>Може уникати місць, людей або ситуацій, які нагадують про травматичні події.</p> <p>Часто відчуває напруження, настороженість, підвищену чутливість до звуків або рухів.</p> <p>Періодично віддаляється від соціального оточення, але зберігає окремі важливі зв'язки.</p> <p>Може вживати алкоголь або медикаменти для зниження стресу, але контроль ще збережений.</p>	<p>Виражені симптоми ПТСР: інтенсивні флешбеки, часті панічні атаки, сильна емоційна нестабільність.</p> <p>Хронічна безсоння, виснаження, апатія або, навпаки, агресивна поведінка.</p> <p>Постійне почуття небезпеки, відчуженість від суспільства, втрата сенсу життя.</p> <p>Уникнення будь-яких соціальних контактів, самоізоляція.</p> <p>Вживання алкоголю, наркотичних речовин або небезпечна поведінка як спосіб уникнення переживань.</p> <p>Високий ризик розвитку суїцидальних думок і вчинків, потребує негайної професійної допомоги.</p>

<i>Соціальний критерій</i>			
<p>Втрата зв'язків із сім'єю та друзями.</p>	<p>Ветеран має підтримку від родини та друзів, підтримує регулярні контакти із близькими.</p> <p>Взаємини із сім'єю та друзями стабільні, є відчуття соціальної підтримки.</p> <p>Здатний звернутися за допомогою або порадою в разі потреби.</p> <p>Взаєморозуміння в сім'ї, емоційний зв'язок зберігається.</p>	<p>Ветеран поступово втрачає зв'язки із сім'єю та друзями через соціальну ізоляцію, але ще підтримує часткові контакти.</p> <p>Відчуває відчуження або несприйняття з боку близьких, зменшення взаємодії, але не відмовляється від усіх контактів.</p> <p>Може перебувати в стані конфлікту або непорозуміння з родиною чи друзями, що посилює відчуття самотності.</p> <p>Інколи може самотійно виходити із ситуацій, звертаючись до знайомих або соціальних груп.</p>	<p>Ветеран практично повністю втрачає зв'язки з родиною та друзями.</p> <p>Існує значна соціальна ізоляція, відсутність підтримки від близьких, відчуття покинутості.</p> <p>Відчуває себе непотрібним або несприйнятним, що посилює депресивні настрої та тривожність.</p> <p>Відмовляється від контактів із родиною та друзями, уникання будь-яких соціальних ситуацій.</p> <p>Високий ризик розвитку суїцидальних думок або вчинків через відсутність емоційної підтримки.</p>
<p>Відчуття відчуження у суспільстві.</p>	<p>Ветеран відчуває себе інтегрованим у суспільство, здатний підтримувати соціальні зв'язки на робочому місці, з друзями та родиною.</p> <p>Позитивне сприйняття соціальних ролей і взаємодії з іншими людьми.</p> <p>Має почуття приналежності до певних соціальних груп або спільнот, є активним учасником життя суспільства.</p>	<p>Ветеран відчуває деяке відчуження у суспільстві, знижується активність у соціальних взаємодіях.</p> <p>Відчуває, що його сприймають як «іншого», але не зовсім ізольований.</p> <p>Можуть виникати труднощі в адаптації до соціальних умов, почуття незрозумілості або відсутності підтримки з боку широкої спільноти.</p>	<p>Ветеран відчуває сильне відчуження від суспільства, часто переживає ізоляцію та самотність.</p> <p>Не відчуває себе частиною соціальних структур, може вважати, що не має місця у соціумі.</p> <p>Відчуває себе «чужим» у соціальному середовищі, що погіршує психоемоційний стан.</p> <p>Відсутність підтримки з боку</p>

	Взаємодія з іншими не викликає дискомфорту чи емоційної напруги.	Іноді відчуває соціальну відчуженість або труднощі у встановленні зв'язків із суспільством.	суспільства сприяє розвитку депресії, самотності і підвищує ризик суїцидальних думок і вчинків. Можливо, ветеран не намагається інтегруватися або активно дистанціюється від соціальних контактів.
Нестача фінансових ресурсів, безробіття.	Ветеран має стабільне фінансове становище, може покривати свої базові потреби та забезпечувати свою родину. Відчуває себе фінансово забезпеченим, здатний підтримувати незалежність і не відчуває фінансових труднощів. Має стабільну роботу або джерело доходу, що сприяє емоційному благополуччю та знижує рівень стресу. Проблеми з працевлаштуванням або фінансами не створюють значних перешкод у повсякденному житті.	Ветеран стикається з певними фінансовими труднощами, але знаходить можливості для підтримки себе та родини. Можуть бути тимчасові проблеми з роботою або стабільним доходом, однак ветеран не відчуває повного безвихіддя. Іноді переживає стрес чи тривогу через фінансові труднощі, але може розраховувати на соціальну допомогу чи підтримку близьких. Виникає відчуття тимчасової фінансової нестабільності, що викликає стрес, але не призводить до сильного емоційного виснаження.	Ветеран перебуває в складному фінансовому становищі, має значні труднощі з працевлаштуванням або не має постійного доходу. Постійне безробіття, брак фінансових ресурсів і неможливість задовольнити основні потреби сприяють розвитку депресії, безнадії та відчуття безвиході. Відчуття постійного стресу і тривоги через фінансові труднощі може призводити до зниження самооцінки і навіть суїцидальних думок. Ситуація безробіття може погіршити соціальну ізоляцію та почуття самотності, що сприяє поглибленню психоемоційних проблем і підвищує ризик суїцидальних вчинків.
Недостатня соціальна допомога від	Ветеран отримує стабільну та адекватну соціальну	Ветеран отримує деяку соціальну допомогу, але	Ветеран не отримує достатньої соціальної підтримки від

<p>держави чи волонтерських організацій.</p>	<p>підтримку від держави та/або волонтерських організацій.</p> <p>Має доступ до необхідних ресурсів, послуг і програм реабілітації, що дозволяють адаптуватися до мирного життя.</p> <p>Підтримка допомагає ветерану відчувати себе частиною суспільства та знижує рівень стресу та депресії.</p> <p>Ветеран активно використовує доступні можливості для покращення свого соціального статусу та психоемоційного стану.</p>	<p>відчуває її недостатність або нерегулярність.</p> <p>Є доступ до окремих програм або послуг, але вони не повністю задовольняють його потреби.</p> <p>Ветеран може відчувати дефіцит підтримки або труднощі у зв'язку з обмеженим доступом до соціальних послуг.</p> <p>Соціальна підтримка є обмеженою або труднодоступною, що може викликати розчарування і певний рівень стресу, але не веде до серйозних психоемоційних проблем.</p>	<p>держави чи волонтерських організацій, що створює відчуття покинутості та ізоляції.</p> <p>Відсутність доступу до допомоги значно ускладнює адаптацію ветерана до мирного життя, посилюючи стрес і депресивні настрої.</p> <p>Недостатня підтримка підвищує рівень безнадії, відчуття безвиході, що може призводити до розвитку суїцидальних думок та дій.</p> <p>Ветеран може відчувати себе самотнім у боротьбі зі своїми проблемами, що погіршує його психоемоційний стан і збільшує ризик суїцидальної поведінки.</p>
<p>Відсутність доступу до реабілітаційних центрів.</p>	<p>Ветеран має доступ до реабілітаційних центрів або програм реабілітації, що забезпечують всебічну підтримку у фізичному, психічному та емоційному відновленні.</p> <p>Процес реабілітації активний і ефективний, включає психотерапевтичні послуги, медичне обслуговування, фізичну реабілітацію, що</p>	<p>Ветеран має обмежений доступ до реабілітаційних послуг, що може включати часткову участь у реабілітаційних програмах або обмежені можливості для отримання медичної та психологічної допомоги.</p> <p>Недостатня кількість ресурсів або відсутність спеціалізованих установ призводить до того, що реабілітація є</p>	<p>Ветеран не має доступу до реабілітаційних центрів або послуг з реабілітації, що значно ускладнює його процес адаптації після війни.</p> <p>Відсутність доступу до професійної допомоги та реабілітаційних програм призводить до накопичення травмуючого досвіду, який не отримує належного психологічного та медичного лікування.</p>

	<p>допомагає ветерану адаптуватися до мирного життя.</p> <p>Ветеран відчуває підтримку з боку медичних і психологічних установ, що знижує рівень тривожності, депресії та суїцидальних думок.</p>	<p>неповною або неефективною.</p> <p>Ветеран може відчувати труднощі у процесі реабілітації, що сприяє розвитку депресивних станів, відчуття безнадії, що підвищує ризик суїцидальної поведінки.</p>	<p>Відсутність реабілітаційної підтримки сприяє розвитку депресії, безнадії та психологічної ізоляції, що значно підвищує ризик розвитку суїцидальних намірів та дій.</p>
<i>Поведінковий критерій</i>			
<p>Вживання наркотиків, алкоголю, ризиковані вчинки.</p>	<p>Ветеран не вживає алкоголю або наркотичних речовин, або вживає їх у помірних кількостях без негативних наслідків для психоемоційного стану.</p> <p>Ризиковані вчинки (агресія, небезпечна поведінка) відсутні або трапляються дуже рідко.</p>	<p>Ветеран інколи вживає алкоголь або наркотики, що призводить до помірних порушень його поведінки та емоційного стану.</p> <p>Існують періоди, коли вживання алкоголю або наркотиків впливає на здатність приймати зважені рішення, проявляються ризиковані вчинки, але це не є постійною практикою.</p>	<p>Ветеран часто вживає алкоголь або наркотики, що призводить до серйозних психоемоційних та соціальних проблем, таких як агресивна поведінка, безвідповідальність.</p> <p>Постійне вживання алкоголю або наркотичних речовин підвищує рівень тривожності, депресії та безнадійності, що може вести до суїцидальних думок та дій.</p>
<p>Відмова від харчування, самоізоляція.</p>	<p>Ветеран не має проблем з харчуванням і підтримує соціальні зв'язки з родиною та друзями.</p> <p>Відсутність самоізоляції або проблем з харчуванням свідчить про достатній рівень психологічної стабільності та соціальної інтеграції.</p>	<p>Ветеран має деякі труднощі з харчуванням (недоїдання, втрата апетиту) або починає уникати соціальних контактів.</p> <p>Легка ізоляція і відмова від деяких соціальних взаємодій можуть свідчити про зростання депресивних симптомів та стресу.</p>	<p>Ветеран відмовляється від їжі, сильно втрачає вагу, має проблеми з фізичним здоров'ям, що є результатом емоційного виснаження.</p> <p>Самоізоляція стає постійною, відсутність контактів з іншими людьми, що спричиняє загострення депресії та суїцидальних думок.</p>

<p>Наявність попередніх спроб суїциду.</p>	<p>Ветеран не має історії суїцидальних спроб і не демонструє ознак наявності суїцидальних думок.</p> <p>Він здатний впоратися з емоційними труднощами та кризами без суїцидальних намірів.</p>	<p>Ветеран має одну або кілька спроб суїциду в минулому, але в даний час ситуація контрольована, і рівень суїцидальних намірів знижений завдяки підтримці або лікуванню.</p> <p>Спроби суїциду відбувалися в моменти стресу або емоційного зриву, але в даний час інтервенція знижує ризик.</p>	<p>Ветеран має кілька спроб суїциду в минулому, що свідчить про високий ризик повторення суїцидальної поведінки.</p> <p>Сильні депресивні симптоми, безнадійність та відсутність підтримки сприяють стійкому ризику повторних спроб суїциду.</p>
---	--	---	--

Додаток 2**Анкета для оцінки ризику суїцидальної поведінки у ветеранів війни**

Мета: виявлення рівня психоемоційного напруження, наявності деструктивних думок та ризикованих поведінкових тенденцій у ветеранів, які повернулися із зони бойових дій; спрямована на раннє виявлення ознак суїцидального ризику з метою своєчасного надання психологічної та соціальної підтримки, запобігання розвитку критичних станів, а також подальшого планування індивідуальних або групових психосоціальних інтервенцій.

Інструкція:

Просимо Вас чесно відповісти на запитання. Інформація є конфіденційною для всіх, окрім тестувальника (для інтерпретації результатів та подальшої допомоги, в разі потрапляння в зону ризику). Тест використовується для покращення психосоціальної підтримки ветеранів. У відповідях використовуйте позначки або напишіть свої думки, якщо передбачено відкриту відповідь. В часі не має обмеження.

Блок 1. Загальна інформація

Прізвище та ім'я: _____

1. Вік: _____

2. Стать:

Чоловіча

Жіноча

Інше

3. Дата повернення з бойових дій: _____

4. Сімейний стан:

Одружений/Заміжня

Неодружений/Незаміжня

У розлученні

Вдівець/вдова

Блок 2. Психологічний стан

5. Чи виникали у вас думки, що життя не має сенсу?

Так

Інколи

Ні

6. Чи думали ви про смерть або бажали померти останні 30 днів?

Так

Ні

7. Чи мали ви конкретні плани щодо вчинення самогубства?

Так

Ні

8. Чи намагались ви раніше заподіяти собі шкоду або здійснити спробу суїциду?

Так, один раз

Так, кілька разів

Ні

9. Оцініть свій настрій протягом останнього тижня:

Гарний

- Мінливий
- Вкрай пригнічений
- 10. Чи маєте проблеми зі сном?
 - Ні
 - Так, незначні
 - Так, серйозні
- 11. Чи втратили ви інтерес до речей, які раніше приносили задоволення?
 - Так
 - Ні
- 12. Чи вірите ви, що ваше становище покращиться в майбутньому?
 - Так
 - Ні
- 13. Наскільки сильною є ваша внутрішня емоційна біль за останній тиждень?
 - Немає болю
 - Нестерпна
 - Важко відповісти
- 14. Чи відчуваєте ви, що є тягарем для своїх близьких?
 - Так
 - Ні
 - Не знаю

Блок 3. Соціальне оточення

- 15. Скільки людей ви вважаєте близькими, кому можете довіритись?
 - 0
 - 1–2
 - 3 і більше
- 16. Чи підтримуєте зв'язок із побратимами?
 - Так
 - Ні
- 17. Чи маєте ви можливість отримати допомогу від родини у складний момент?
 - Так
 - Ні
- 18. Ви відчуваєте соціальну ізоляцію?
 - Ніколи
 - Іноколи
 - Постійно
- 19. Ви брали участь у групах підтримки чи ветеранських спільнотах?
 - Так
 - Ні, але хотів би
 - Ні, не бачу сенсу
- 20. Ви маєте роботу або стабільне джерело доходу?
 - Так
 - Ні
 - Нестабільне

21. Наскільки ви задоволені своїм соціальним становищем?

- Повністю незадоволений
- Повністю задоволений
- Частково задоволений

22. Як часто ви відчуваєте, що вам ніхто не потрібен?

- Ніколи
- Рідко
- Часто
- Завжди

Блок 4. Особистісні характеристики

23. Я швидко приймаю рішення, навіть у складних ситуаціях

- Так
- Частково
- Ні

24. Мене важко вивести з рівноваги

- Зовсім не згоден
- Важко відповісти
- Повністю згоден

25. Я вважаю себе потрібним іншим людям

- Так
- Ні

26. Моє життя має сенс

- Повністю не згоден
- Важко відповісти
- Повністю згоден

27. Мені вдається впоратися зі стресом

- Завжди
- Ніколи
- Майже ніколи

28. Я часто відчуваю себе безпомічним

- Так
- Ні

29. Я схильний діяти імпульсивно у складних ситуаціях

- Так
- Ні

30. Я задоволений собою як особистістю

- Зовсім ні
- Частково
- Повністю

Блок 5. Ресурси та доступ до допомоги

31. Ви знаєте, куди звернутись у разі кризи?

- Так
- Ні

32. Чи маєте ви вдома доступ до потенційно небезпечних засобів (зброї,

сильнодіючих ліків)?

Так

Ні

33. Ви коли-небудь зверталися до психолога/психотерапевта?

Так, регулярно

Один раз

Ніколи

34. Як ви оцінюєте доступність психологічної допомоги у вашому регіоні?

Відсутня

Нажаль не проінформований/на

Легкодоступна

Блок 6. Відкрите запитання

35. Що, на вашу думку, могло б найбільше допомогти вам відчутти себе краще зараз?

Ваша відповідь: _____

36. Які думки та події дають Вам силу рухатись далі?

Ваша відповідь: _____

Ключ до підрахування результатів:

Показник	Опис
Кількість запитань в анкеті	36
Типи запитань	34 закриті (з варіантами відповідей), 2 відкриті (глибше розкриття стану)
Максимальна кількість балів	71
Метод підрахунку результату	Обчислення суми балів у блоках 2, 3, 4 та 5 – стосуються психоемоційного стану та соціального функціонування. «Так», «повністю» оцінюється в максимальний бал 3, «ні», «зовсім ні» - 1, «ніколи», «один раз», «частково» - 2.
Критичні запитання	№7 і №8 – наявність планів або спроб самогубства кваліфікується як критичний ризик незалежно від сукупного балу.
Особлива увага	Відкритим запитанням (блок 6), які не оцінюються в балах, але можуть вказувати на приховану кризу.
Типові тривожні вислови	«Нікому не потрібно», «Хочу просто зникнути», «Нічого не допоможе» — навіть за низького формального балу потребують додаткової уваги.