МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

бакалавра

на тему: **«СОЦІАЛЬНА-ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА З ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ»**

Виконав: студент 4 курсу, групи 6.2312-сп
спеціальності 231 «Соціальна робота»
освітньої програми «Соціальна педагогіка»
Ю. Я. Проскура

Керівник: в.о. зав. кафедри соціальної педагогіки
та спеціальної освіти, кандидат педагогічних наук,
професор Н. В. Заверико

Рецензент _____
_____

Запоріжжя
2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти бакалаврський
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітньо-професійна програма «Соціальна педагогіка»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____»_____2026 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Проскурі Юрію Яковичу

1. Тема роботи: «Соціальна-педагогічна робота з профілактики суїцидальної поведінки у підлітковому та юнацькому віці»
керівник роботи Заверико Н. В., кандидат педагогічних наук, професор
затверджені наказом ЗНУ від «08» грудня 2025 року № 1779-с

2. Строк подання студентом роботи: 06.05.2026

3. Вихідні дані до роботи: наукова та науково-методична література, матеріали виробничих практик.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) розкрити зміст понять «суїцид», «суїцидальна поведінка» та «аутоагресія» у науковій літературі; визначити особливості вияву суїцидальних намірів у підлітковому та юнацькому віці; систематизувати основні чинники та причини виникнення суїцидального ризику; окреслити напрями та методи профілактичної роботи соціального педагога з молоддю.

5. Перелік графічного матеріалу: _____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Заверико Н. В.	21.12.25 р.	21.12.25 р.
Розділ 1	Заверико Н. В.	15.01.26 р.	15.01.26 р.
Розділ 2	Заверико Н. В.	18.02.26 р.	18.02.26 р.
Висновки	Заверико Н. В.	26.03.26 р.	26.03.26 р.

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	грудень	виконано
2	Написання вступу	грудень	виконано
3	Робота над першим розділом	січень	виконано
4	Робота над другим розділом	лютий	виконано
5	Написання висновків та додатків	березень-квітень	виконано
6	Оформлення роботи, рецензування	квітень	виконано
7	Захист	червень	

Студент _____ Проскура Ю. Я.

Керівник роботи _____ Заверико Н. В.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Мацкевіч Ю. Р.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 54 с., 42 джерела.

Об’єкт дослідження: соціально-педагогічна профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому та юнацькому середовищі.

Предмет дослідження: зміст, форми та методи соціально-педагогічної діяльності із запобігання суїцидальним проявам серед учнівської молоді.

Мета дослідження: здійснити теоретичний аналіз засад профілактики суїцидальної поведінки, виявити специфіку її проявів у підлітковому та юнацькому віці й обґрунтувати систему превенції аутоагресії в освітньому просторі.

Методи дослідження. Для розв’язання поставлених завдань використано комплекс теоретичних методів: аналіз та синтез наукової літератури для з’ясування стану вивченості проблеми; порівняльно-типологічний метод для виявлення особливостей поведінки у різних вікових групах; узагальнення та моделювання для формування цілісного бачення системи соціально-педагогічної профілактики.

Практичне значення роботи визначається можливістю використання теоретичних положень та висновків для вдосконалення превентивних програм у закладах загальної середньої та позашкільної освіти, підготовки методичних рекомендацій для педагогів та батьків.

САМОГУБСТВО, СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА, АУТОАГРЕСІЯ, КОНФЛІКТНА СИТУАЦІЯ, БУЛІНГ, СОЦІАЛЬНИЙ ПЕДАГОГ, СОЦІАЛЬНА-ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА, ПРОФІЛАКТИКА.

SUMMARY

Proskura Y. Y. Social and Educational Prevention of Violence Against Children in a Family.

The qualification work consists of an introduction, 2 sections, conclusions, a list of references (42 items). The total volume of the qualification work is 65 pages, 54 of them – main text.

In the system of modern socio-pedagogical knowledge, the problem of suicidal behavior of young people occupies one of the central places. This is due to the rapid transformation of the socio-cultural space, increased information pressure and general social instability, which create excessive psycho-emotional stress on a personality that is in a state of formation.

Purpose of research: to conduct a theoretical analysis of the principles of prevention of suicidal behavior, to identify the specifics of its manifestations in adolescence and youth and to substantiate the system of prevention of auto-aggression in the educational space.

Object of research: socio-pedagogical prevention of suicidal behavior in the adolescent and youth environment.

Subject of research: content, forms and methods of socio-pedagogical activity to prevent suicidal manifestations among students.

The tasks of the qualification work*:*

1) to reveal the meaning of the concepts of "suicide", "suicidal behavior" and "auto-aggression" in the scientific literature;

2) to determine the features of the manifestation of suicidal intentions in adolescence and young adulthood;

3) to systematize the main factors and causes of suicidal risk;

4) to outline the directions and methods of preventive work of a social educator with youth.

Research methods: analysis and synthesis of scientific literature to clarify the

state of knowledge of the problem; comparative-typological method to identify behavioral features in different age groups; generalization and modeling to form a holistic vision of the system of socio-pedagogical prevention.

The section 1 “Theoretical foundations of the study of suicidal behavior in psychological and pedagogical literature” the essence and genesis of the concepts of "suicide" and "suicidal behavior" are revealed, age-related features and factors of the formation of suicidal tendencies in adolescence and youth are identified, a socio-pedagogical analysis of the causes and motives of auto-aggressive behavior of young people is conducted.

The section 2 “Content and directions of socio-pedagogical suicide prevention” The forms and methods of socio-pedagogical work with adolescents and students from risk groups are defined, the areas of preventive activity of a social educator in institutions of general secondary and higher education are considered, the interaction of subjects of socio-pedagogical assistance in preventing suicidal manifestations among students and students is revealed.

The practical significance of the work is determined by the possibility of using theoretical provisions and conclusions to improve preventive programs in institutions of general secondary and extracurricular education, preparing methodological recommendations for teachers and parents.

Keywords: suicide, suicidal behavior, autoaggression, conflict situation, bullying, social educator, social-pedagogical work, prevention.

ЗМІСТ

Вступ……..……..…..…… 8
Розділ 1. Теоретичні засади дослідження суїцидальної поведінки у психолого-педагогічній літературі…… 11
1.1. Сутність та генезис понять «суїцид» та «суїцидальна поведінка»…….. 11
1.2. Вікові особливості та чинники формування суїцидальних тенденцій у підлітковому та юнацькому віці…… 18
1.3. Соціально-педагогічний аналіз причин та мотивів аутоагресивної поведінки молоді……. 28
Розділ 2. Зміст та напрями соціально-педагогічної профілактики суїциду….. 35
2.1. Форми та методи соціально-педагогічної роботи з підлітками та студентською молоддю груп ризику…… 35
2.2. Напрями превентивної діяльності соціального педагога в закладах загальної середньої та вищої освіти…….. 43
2.3. Взаємодія суб’єктів соціально-педагогічної допомоги у запобіганні суїцидальним проявам серед учнівської та студентської молоді…….. 50
Висновки…….……..…. 59
Список використаних джерел……...…. 62

ВСТУП

У системі сучасних соціально-педагогічних знань проблема суїцидальної поведінки молоді посідає одне з центральних місць. Це зумовлено стрімкою трансформацією соціокультурного простору, посиленням інформаційного тиску та загальною соціальною нестабільністю, що створюють надмірне психоемоційне навантаження на особистість, яка перебуває у стані становлення. Глобальні виклики сучасності, зміна ціннісних орієнтирів та криза традиційних інститутів соціалізації призводять до того, що підлітки та молодь юнацького віку стають найбільш вразливими до деструктивних впливів. У таких умовах аутоагресивні прояви часто стають трагічним способом реагування на гострі життєві кризи, з якими молода людина не спроможна впоратися самостійно.

Соціально-педагогічний аспект цієї проблеми є особливо вагомим, оскільки суїцидальна поведінка розглядається не лише як індивідуальна психологічна реакція, а як наслідок глибокої дезадаптації особистості в системі її соціальних зв’язків. Відсутність належної підтримки в родинному колі, конфліктність освітнього середовища, явища булінгу (цькування) та відчуття соціальної ізоляції формують підґрунтя для втрати життєвих сенсів. Саме тому виникає нагальна потреба в розробленні та впровадженні цілісної системи превентивних заходів, де головна роль відводиться професійній діяльності соціального педагога.

Ефективність запобігання суїцидам безпосередньо залежить від здатності фахівців вчасно ідентифікувати латентні (приховані) маркери неблагополуччя та вибудувати навколо дитини систему захисних чинників. Актуальність дослідження підсилюється необхідністю системного переосмислення методів соціально-педагогічної профілактики в закладах освіти, переходу від епізодичних бесід до комплексного супроводу підлітка, що базується на принципах гуманізму, конфіденційності та безумовної цінності людського

життя.

Вивчення цієї проблематики через аналіз сучасних наукових підходів дозволяє стверджувати, що суїцидальна поведінка є керованим процесом, де своєчасне і фахове соціально-педагогічне втручання здатне змінити вектор розвитку особистості від деструкції до життєствердження та успішної соціальної інтеграції.

Об’єкт дослідження: соціально-педагогічна профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому та юнацькому середовищі.

Предмет дослідження: зміст, форми та методи соціально-педагогічної діяльності із запобігання суїцидальним проявам серед учнівської молоді.

Мета дослідження: здійснити теоретичний аналіз засад профілактики суїцидальної поведінки, виявити специфіку її проявів у підлітковому та юнацькому віці й обґрунтувати систему превенції аутоагресії в освітньому просторі.

Завдання дослідження:

1. Розкрити зміст понять «суїцид», «суїцидальна поведінка» та «аутоагресія» у науковій літературі.

2. Визначити особливості вияву суїцидальних намірів у підлітковому та юнацькому віці.

3. Систематизувати основні чинники та причини виникнення суїцидального ризику.

4. Окреслити напрями та методи профілактичної роботи соціального педагога з молоддю.

Методи дослідження. Для розв’язання поставлених завдань використано комплекс теоретичних методів: аналіз та синтез наукової літератури для з’ясування стану вивченості проблеми; порівняльно-типологічний метод для виявлення особливостей поведінки у різних вікових групах; узагальнення та моделювання для формування цілісного бачення системи соціально-педагогічної профілактики.

Теоретичне значення дослідження полягає в системному аналізі та

уточненні сутності понять «суїцид» і «суїцидальна поведінка» в межах сучасного соціально-педагогічного дискурсу, а також у класифікації соціальних, сімейних та особистісних чинників ризику, що детермінують деструктивні прояви в підлітковому та юнацькому віці. У роботі теоретично обґрунтовано специфіку вікової динаміки суїцидальних тенденцій та розширено уявлення про функціональні напрями профілактичної діяльності соціального педагога в закладах освіти. Отримані результати сприяють поглибленню теоретичної бази щодо превенції аутоагресії та визначають стратегічні засади для розроблення комплексних моделей соціально-педагогічного супроводу учнівської молоді в умовах сучасних соціокультурних викликів.

Практичне значення роботи визначається можливістю використання теоретичних положень та висновків для вдосконалення превентивних програм у закладах загальної середньої та позашкільної освіти, підготовки методичних рекомендацій для педагогів та батьків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Сутність та генезис понять «суїцид» та «суїцидальна поведінка»

Суїцидальна поведінка викликає серйозне занепокоєння у багатьох країнах світу. Щорічно близько мільйона людей йдуть із життя, суїцид відбувається кожні 40 секунд. Ще більше людей роблять суїцидальні спроби. Безперечно, феномен суїциду привертає увагу представників багатьох галузей наукового знання про людину. Для глибшого розуміння досліджуваного нами феномена слід ознайомитися з термінологією теорії суїциду.

Терміни «самовбивство» і «суїцид», які виступають синонімами, з'явилися в словниках та спеціальній літературі в 17-18 ст., а раніше використовувалися визначення «самознищення». Заміна понять диктувалася прагненням формувати більш нейтральне ставлення до людини, яка добровільно припинила власне життя, і до її вчинку. Це стало наслідком розвитку концепції правами людини, відповідно до якої за особистістю визнавалося як невід'ємна декларація про життя, а й право розпоряджатися нею.

Так, французький соціолог Еміль Дюркгейм у своїй книзі «Самовбивство» під самогубством розуміє кожен смертельний випадок, який безпосередньо або опосередковано виступає результатом провини, вчиненої самим постраждалим, якщо останній знав про очікуваний його результат [2]. Існує ще одне визначення самогубства, наведене в доповіді ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі в 2011 р. «Психологічне здоров'я: нове розуміння, нова надія»: «самовбивство є результатом свідомих дій з боку певної людини, яка повністю усвідомлює та очікує на летальний кінець». А відомий суїцидолог М. Фарбер дав одне з найкоротших визначень: «Самовбивство – свідоме,

навмисне та швидке позбавлення себе життя» [7]. Всі, наведені нами визначення зводяться до того, що дії людини, які ми кваліфікуємо як суїцид, повинні відповідати двом критеріям: наявність усвідомленого наміру позбавити себе життя; самостійне здійснення якихось дій, що призводять до смерті.

Розвиток суїцидології призвело до виникнення множини визначень для опису дій, спрямованих на самознищення. Наприклад, широко відомий такий термін як суїцидальна поведінка, що поєднує різні прояви антивітальної активності людини:

1) Суїцидальний замах – всі суїцидальні акти незавершилися летально через, що не залежить від суїцидента (наприклад, своєчасна реанімація).

2) Суїцидальна спроба – це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, що не закінчилося смертельними наслідками. Спроба може бути оборотною та незворотною, спрямованою на позбавлення себе життя чи інші цілі.

3) Суїцидальні прояви – суїцидальні думки, натяки та висловлювання, що не супроводжуються будь-якими діями, спрямованими на позбавлення себе життя. Однак суїцидальні прояви не повинні залишатися непоміченими, щоб уникнути трагічних наслідків [16].

У зарубіжній та вітчизняній літературі здобули визнання такі поняття як «пресуїцид» та «постсуїцид». Більшість вчених під поняттям пресуїцид розуміють тимчасовий відрізок, протягом якого людина найімовірніше може зробити задуману суїцидальну спробу.

Постсуїцид – це період після невдалої спроби самогубства, коли людина прагне виявити причини та мотиви свого вчинку, а також знайти шляхи вирішення проблеми, що підштовхнула до руйнівних дій [1].

У деяких ситуаціях причиною суїцидальної спроби є депресія. Депресія – синдром, що характеризується зниженням настрою, гальмуванням інтелектуальної та моторної діяльності, зниженням вітальних спонукань, песимістичними оцінками себе та свого становища у навколишній дійсності [3].

В даний час можна відзначити чотири найбільш відомі класифікації

суїцидів з різними основами для типологізації: за рівнем інтегрування індивіда у суспільство самогубства ділять на егоїстичні, альтруїстичні та анонімічні; виходячи з мети, що переслідується суїцидентом, розрізняють самогубства справжні та демонстративні, або ж непереборні та амбівалентні; відповідно до головного мотиву виділяють самогубство-протест, самогубство-помсту, уникнення, самопокарання та відмова від життя; залежно від продуманості задуму бувають суїциди навмисні та імпульсивні.

Перша з названих класифікацій запропонована французьким соціологом Емілем Дюргеймом у роботі «Самогубство». Він розділив самогубства за рівнем інтегрування людини у суспільство на:

а) егоїстичні самогубства – самогубства, що відбуваються в результаті гіпертрофованої індивідуалізації людини, коли взаємини між ним і оточуючими слабшають, особистість усувається від суспільного життя і ставить свої інтереси вище за колективні;

б) альтруїстичні самогубства – самогубства, для яких характерно принесення себе в жертву в ім’я громадського обов’язку чи іншої високоморальної для суїцидника мети;

в) анемічні самогубства – самогубства, яке стає реакцією людини на беззаконня, що твориться, в періоди трансформації існуючого способу життя [14].

Виходячи з мети, яку переслідує суїцидник, розрізняють суїциди: істинні та демонстративні.

Справжній суїцид – вид суїцидальної поведінки, який спрямовується бажанням померти, не буває спонтанним, хоча іноді виглядає досить несподіваним. Такому суїциду завжди передує пригнічений настрій, пригнічений стан або просто думки про звільнення.

Демонстративний суїцид – вид суїцидальної поведінки, який не пов’язаний із бажанням померти, а є способом звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу, вести діалог. Це може бути спроба своєрідного шантажу. Смертельний результат у разі є наслідком фатальної випадковості.

Ще одна класифікація, запропонована В. Сорочинським, заснована на мотивації добровільного відходу з життя. Серед них виділяються: суїцид-протест, який найчастіше не містить справжнього наміру покінчити життя самогубством, а пов'язаний з бажанням змінити конкретну ситуацію в потрібний бік; суїцид-помста як відповідь на ситуацію, переламати яку, на думку суїцидента неможливо, тому він прагне покарати кривдників; суїцид-призів як спосіб закликати до допомоги оточуючих; суїцид-уникнення можливого покарання, коли підліток бояться наслідків своєї провини і бачить у смерті єдиний вихід; суїцид-самопокарання за провину, яку важко пробачити. У цьому випадку людина, караючи себе, ніби спокутує свою провину; суїцид-відмова від життя внаслідок непоправної втрати дуже важливого, а також у разі виявлення невиліковної хвороби [4].

Таким чином, ми будемо оперувати переліченою вище термінологією в процесі розгляду феномена самогубства.

Аналіз праць сучасних авторів дозволяє визначити пріоритетні напрямки дослідження проблеми суїцидів на етапі розвитку науки. Кожне з цих напрямків по-своєму описує феноменологію суїцидальної поведінки. Наразі немає єдиної теорії, що пояснює самогубство. Існує три основних терміни: психопатологічний; психологічний; соціальний.

Психопатологічна концепція передбачає, що суїцидальні люди є психічно хворими, а суїцидальні дії є проявами гострих або хронічних психічних розладів. В даний час це поняття представляє більше історичний інтерес, хоча деякі зарубіжні вчені все ще вважають, що суїцидальні дії є однщд із проявів психічних захворювань. Проте багато людей у нас і за кордоном вважають, що самогубство здійснюють як психічно хворі, так і здорові люди. Природно, що пацієнти потребують уваги лікаря в першу чергу [9]. Але якщо суїцидальні дії здійснюються практично здоровими людьми у відповідь на об'єктивні психотравмуючі труднощі, то компетенції лікаря недостатньо, тому що в цих випадках спочатку необхідно усунути об'єктивні причини, що призводять до суїцидальних дій. Заходи медичного характеру по відношенню до цих осіб

часто виявляються неефективними і вирішують проблеми.

Психологічна концепція відображає крайню думку, згідно з якою у формуванні суїцидальних нахилів особистості домінує психологічний фактор. Фрейд вважав самогубство проявом інстинкту смерті, який може виражатися агресією і, як окремий випадок, аутоагресією.

Прихильники цієї концепції вважають, що самогубство – це трансформоване, контрольоване вбивство, і посилаються на зворотне співвідношення кількості вбивств і самогубств, яке насправді існує в багатьох країнах, і навіть на зниження кількості самогубств під час війн, щоб підтвердити свою думку. За словами фінського суїцидолога Ахте, самогубство може мати характер любовного інтересу, коли людина, яка вчиняє самогубство, сподівається возз'єднатися з коханими або родичами, які зникли безвісти через смерть.

Такі люди сподіваються, що після смерті вони знайдуть ту саму любов і співчуття, на які вони марно сподівалися за життя, а смерть для них приваблива. У своїх суїцидальних фантазіях такі особи думають про власні похорони, насолоджуються зізнаннями в коханні та розкаянням близьких і рідних. На думку французького психіатра-суїцидолога Гурана, існує прямий зв'язок між суїцидальною поведінкою і «пристрасним коханням». У той же час суїцидальна поведінка є своєрідною спробою стати господарем становища і може тимчасово зняти напругу, викликану важкою кризою. Більшість наших учених не вважають психологічну концепцію основною і розглядають її в комплексі з соціальними та біологічними чинниками.

Особа вказує на певний зв'язок суїцидальної поведінки підлітка з типом розвитку характеру. За даними автора, 50% підлітків з демонстративною суїцидальною поведінкою мали стероїдний, стероїдний нестійкий і гіпертимно-стероїдний типи; 32% – епілептоїдні та епілептоідно-стероїдні і лише 18% – інші види акцентуації. Водночас спроби суїциду здебільшого вчиняли особи з сензитивним (63%) та циклоїдним (25%) типом акцентуації. Низька суїцидальна активність шизоїдів у підлітковому віці [20].

Серед підлітків, які вчинили або намагалися покінчити життя самогубством 24% – шизоїдний тип, 20% – сенситивний, 18% – психастенік і 15% – збудливий епілептоїд, 13% – емоційно нестійкі І 10%) – інші типи [11].

Соціологічна концепція базується на тому, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження і нестабільність соціальної інтеграції, а суїцид у всіх випадках можна зрозуміти лише з точки зору відносин індивіда до соціального середовища, тоді як самі соціальні фактори відіграють провідну роль.

Існування цього поняття є цілком виправданим, оскільки за відсутності контакту з оточенням людина опиняється в замкнутому колі безнадійності своєї самотності та нікчемності [17].

Еміль Дюркгейм вважав, що частота самогубств залежить від того, наскільки індивід інтегрований у суспільство, у яких стосунках із соціальним середовищем. Д. Романовська вважає соціальну поведінку наслідком соціально-психологічної непристосованості особистості до умов значущого для особистості мікросоціального конфлікту. Подальші дослідження в цій галузі дозволили їй виявити суїцидально небезпечні ситуаційні реакції, характерні для підліткового віку: реакція депривації, реакція вибуху та реакція самоусунення.

Реакція депривації найчастіше спостерігається у підлітків молодшого та середнього пубертатного віку (12-16 років). Проявляється пригніченням емоційної активності, втратою інтересу до колишніх захоплень і занять, зануренням у негативно забарвлені переживання. Найчастіше зустрічається в сім’ях з авторитарним вихованням.

Для суїцидальної поведінки характерні стійкі наміри померти, які швидко зникають при вирішенні конфліктної ситуації.

Вибухова реакція найчастіше виникає у старших підлітків (16-18 років). Виявляється афективною напруженістю, ворожістю до оточуючих, особливо до учасників конфлікту, поєднується з іншими формами девіантної поведінки (пияцтвом, правопорушеннями).

Часто формується у підлітків із завищеними претензіями. Суїцидальні дії

зазвичай диктуються прагненням помститися кривдникам, наполягти своєму, довести свою правоту.

Суїциди відбуваються на висоті афекту, в апогеї конфлікту, часто на очах у кривдників. У після суїцидальному періоді можливі повторні спроби, особливо якщо підлітку вдалося з їхньою допомогою змінити ситуацію на свою користь.

Реакція самоелімінації частіше спостерігається у підлітків з ознаками соціальної та психічної незрілості (хронічні соматичні захворювання, низький інтелект, ознаки соціально-педагогічної занедбаності).

Часто виникає при різкій зміні життєвого стереотипу і характеризується прагненням уникнути труднощів, що виникають. Водночас підліток впадає у відчай при найменшій невдачі чи конфлікті. Такі підлітки віддаляються, несамостійні, часто потрапляють під вплив однолітків, які ведуть асоціальний спосіб життя.

На їхню думку, суїцидальна поведінка зазвичай є виходом із конфліктної ситуації. Імітація суїциду зустрічається рідко, але при невдалому самогубстві такі підлітки активно звертаються за допомогою, бояться смерті і соромляться своєї поведінки.

Різноманітність перерахованих суїцидальних ситуаційних та особистісних реакцій свідчить про недостатню вивченість цього аспекту суїцидології, хоча саме питання реакції особистості (поза психічною патологією) на ситуацію, що призводить до суїциду, є безсумнівно перспективним, оскільки сприяє розробка конкретних заходів.

Виділені типи суїцидальних реакцій доцільно співвіднести з широко відомими в літературі ситуативно-особистісними реакціями у дітей і підлітків (Ю. Тисячна; Р. Федоренко): протидія, відторгнення, наслідування, емансипація, реакції, зумовлені статевим потягом і формуванням самосвідомості.

Таким чином, у світовій науці з цієї проблеми використовують різні підходи, кожен з яких по-своєму розглядає феномен самогубства та дає свої

припущення щодо факторів та мотивів його вчинення.

1.2. Вікові особливості та чинники формування суїцидальних тенденцій у підлітковому та юнацькому віці

Будь-яка класифікаційна схема передбачає наявність певної теоретичної концепції, з позиції якої трактується коло явищ, що утворюють предмет науки. Ширина цього кола та набір конкретних одиниць, які потрібно вибрати та оцінити, залежать від теоретичного фокусу.

Створення різноманітних концепцій суїциду супроводжувалося і супроводжується розробкою відповідних класифікаційних схем. Не вдаючись у їх детальний аналіз, який є предметом окремого дослідження, наведемо лише деякі з найбільш яскравих прикладів [12].

Умовно можна виділити три основні концепції суїцидальної поведінки: психопатологічні; психологічні; соціальні.

Зигмунд Фрейд вважав самогубство проявом інстинкту смерті, який може проявлятися агресією по відношенню до інших і, як окремий випадок, агресією по відношенню до себе. Існують також поширені тлумачення самогубства як трансформованого любовного примусу, коли люди, які вчинили самогубство, сподіваються возз'єднатися з коханою людиною чи померлими родичами після смерті, або сподіваються знайти любов і співчуття, на які вони сподівалися після смерті, марнославство до життя, або бажання зняти напругу, викликану кризовою ситуацією.

Екзистенціалісти вважають головною причиною суїциду «екзистенціальний вакуум» – втрату сенсу життя.

Основоположник соціальної концепції Е. Дюркгейм вважав, що суїцид у всіх випадках можна зрозуміти лише з точки зору відносин індивіда до соціального середовища, а провідну роль відіграє соціальний фактор [20].

Важливо відзначити, що фахівці розрізняють два види суїцидальної

діяльності: зовнішню і внутрішню. Якщо внутрішня активність діагностована заздалегідь, суїцидальний акт можна запобігти і він не стає частиною зовнішнього плану поведінки [13].

Інтерналізована суїцидальна поведінка включає суїцидальні думки, ідеї, переживання та суїцидальні тенденції, серед яких можна виділити думки та наміри. Перерахований ряд понять, з одного боку, відображає відмінності в структурі та суб'єктивному оформленні суїцидальних явищ, з іншого боку, являє собою масштаб їх глибини або готовності до переходу в зовнішні форми суїцидальної поведінки [2].

До зовнішніх форм суїцидальної поведінки належать суїцидальні спроби та завершені суїциди [13].

Спроба самогубства і самогубство проходять у своєму розвитку два етапи. Перший оборотний – коли об'єкт сам або при втручанні інших може припинити спробу. Другий – необоротний. Хронологічні параметри цих фаз залежать від намірів смертника та способу замаху [2].

Суїцид – це діяльність, підпорядкована конкретній меті вчинення самогубства, але включена в більш широку систему предметної діяльності з відповідним мотивом. Іншими словами, суїцидальні дії в переважній більшості випадків «обслуговують» іншу «вищу» потребу. Мета суїциду і мотив діяльності, в яку він включений, не збігаються, а їх співвідношення (цілі з мотивом) представляє для суб'єкта особистісний сенс суїциду [5].

Виникнення суїцидальної мети і подальше перетворення її в самостійний мотив, що має спонукальну силу, обумовлено конфліктною ситуацією у дезадаптивних особистостей, тобто перешкодою для задоволення поточної провідної потреби. У цьому аспекті міркування не має істотного значення, зовнішня чи внутрішня перешкода, реальна чи створена за допомогою психопатологічних продуктів. Важливо, що суб'єкт переживає особливу, нестерпну конфліктну ситуацію, єдиний вихід (або можливість впливу) з якої він бачить у самогубстві, оскільки інші шляхи задоволення потреби блокуються.

У більш рідкісних випадках суїцидальна поведінка виникає не тільки на рівні дії, оскільки як самостійна діяльність, мета і мотив самогубства зливаються. Такі спостереження в основному стосуються області психопатології (так звані «суїцидальні манії», суїциди при простій формі шизофренії та деякі інші).

Щодо конкретних способів суїциду, то це хірургія.

На основі загальної структури суїцидальних дій ми побудували типологічні схеми, що стосуються як внутрішніх, так і зовнішніх форм суїцидальної поведінки.

Перший з них базується на категорії мети і дозволяє, з одного боку, відрізнити суїцидальну поведінку від зовні подібних можливостей самоушкодження, а з іншого боку, відрізнити реальне самогубство в суїцидальній сфері від демонстративного шантажу.

Сенс справжніх самогубств, спроб і схильностей полягає в тому, щоб покінчити з життям. Смерть вважається кінцевим наслідком, але фактично бажаний ступінь смерті надзвичайно різний, відображаючи умови та способи реалізації суїцидальних тенденцій.

Демонстративна та вимагальна суїцидальна поведінка спрямована не на позбавлення життя, а на демонстрацію цього наміру.

На відміну від суїцидальної поведінки, самоушкодження (або каліцтва геніталій) зовсім не спричинене думками про смерть. їх мета зводиться до пошкодження того чи іншого органу. Це знаходить своє вираження в способах реалізації та особливостях поведінки суб’єкта.

Нарешті, як уже зазначалося, до нещасних випадків слід віднести небезпечну для життя діяльність, спрямовану з іншими цілями [11].

Другу типологічну схему складає категорія особистісного сенсу, як відношення, що збігається між метою дії – (суїциду) – і мотивом діяльності, в яку вона включена [8].

Неоднозначність особистісного змісту суїцидальної поведінки очевидна і в загальному вигляді може бути представлена наступними видами: протест,

помста, відхід, уникнення (покарання, страждання), самопокарання, заперечення.

«Протестні» форми суїцидальної поведінки виникають у конфліктній ситуації, коли її об’єктивний зв’язок є ворожим або агресивним по відношенню до суб’єкта, а зміст суїциду полягає в негативному впливі на об’єктивний зв’язок.

Помста – це специфічна форма протесту, завдання якої – завдати конкретної шкоди ворожому оточенню. Ці форми поведінки свідчать про наявність високої самооцінки та власної гідності, активну або агресивну позицію особистості з функціонуванням механізму трансформації гетероагресії в аутоагресію.

Метою суїцидальної «викликової» поведінки є активізація допомоги ззовні для зміни ситуації. При цьому позиція особистості пасивна.

У разі «уникнення» (покарання чи страждання) суїцидентів суттю конфлікту є загроза особистому чи біологічному існуванню, якій протистоїть висока цінність. Метою самогубства є запобігання нестерпній грошовій загрозі шляхом самоусунення. «Самопокарання» можна визначити як «протест на внутрішньому плані особистості»; конфлікт, переважно внутрішній із своєрідним розщепленням «Я», інтеріоризацією та співіснуванням двох ролей: «Я – суддя» і «Я – підсудний». Якщо в попередніх чотирьох типах мета самогубства і мотив дії не збігалися, що обґрунтовувало кваліфікацію суїцидальної поведінки як діяння, то у випадку суїцидів «відмови» не можна виявити помітної невідповідності між мета і мотив. Іншими словами, мотив – заперечення існування, а мета – позбавлення життя.

Неважко помітити, що виділені типи суїцидальної поведінки є аналогами загальних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях [5].

Запропонована типологія має також прогностичне значення: мається на увазі її зв’язок з ознаками постсуїцидальних періодів (у випадках суїцидальних спроб) [9].

Постсуїцид є «результатом» таких численних компонентів, як конфліктна

ситуація, яка призвела до спроби суїциду. Сам суїцидальний акт з його «психічним» і «соматичним» компонентом, ознаками переривання суїциду і наступними реанімаційними заходами, соматичними наслідками і ускладненнями, новою ситуацією, що виникла після спроби, ситуацією і особистим ставленням до неї і т.д. [10].

На цій підставі пропонується виділяти чотири типи постсуїцидальних станів.

Перший тип – критичний.

1. Конфлікт втратив свою актуальність, так як у пресуїцидальному періоді значимість його була гіперболізована. Суїцидальна дія хіба іцо «розрядила напруженість», призвела до «обриваючого» ефекту.

2. Суїцидального мотиву (суїцидальних тенденцій) немає.

3. Відношення до досконалої спроби - почуття сорому перед оточуючими, почуття страху перед можливим смертельним наслідком суїцидальної спроби. Розуміння того, що конфлікт «не коштував жертв» і що замах на своє життя не змінює становища, не дозволяє ситуації.

При цьому типі постсуїцидальних станів ймовірність повторення суїциду, хоч і є, але мінімальна.

Другий тип – маніпулятивний.

1. Актуальність конфлікту значно зменшилася, але, на відміну першого типу, це сталося за рахунок безпосереднього впливу суїцидальних дій пацієнта на ситуацію, що склалася, і зміни її в сприятливий для нього бік.

2. Суїцидальних тенденцій немає.

3. Ставлення до досконалої спроби – легке почуття сорому і страх перед можливим смертельним наслідком. Проте є чітке розуміння те, що суїцидальні дії у майбутньому можуть бути способом досягнення своїх цілей і засобом впливу навколишню обстановку. Зміцнення цього способу в пам’яті.

При другому типі постсуїцидальних станів ймовірність повторних суїцидів у конфліктних ситуаціях значно зростає, хоча ступінь їхньої «серйозності» (небезпеки для життя) зменшується. Намічається тенденція до

перетворення справжніх замахів на демонстративно-шантажні [14].

Третій тип – аналітичний.

1. Конфлікт, як і раніше, актуальний для суїцидента.

2. Суїцидальних тенденцій немає.

3. Ставлення до спроби – каяття за скоєний замах.

Розуміння того, що суїцид не є адекватним способом ліквідації конфлікту, однак, оскільки останній зберігає свою актуальність, виявляються пошуки інших шляхів його вирішення. Якщо такі не будуть знайдені, а існування конфліктної ситуації виявиться нестерпним для суб'єкта, можливий повторний суїцид, але вже не як необдуманий крок під впливом афекту, а як єдиний вихід з глухого кута. При цьому зростає небезпека смертельного результату.

Четвертий тип – суїцидально-фіксований.

1. Конфлікт актуальний.

2. Суїцидальні тенденції зберігаються (явно або дисимулюються).

3. Ставлення до суїциду – позитивне, причому вербально це може виражатися у такій, наприклад, заяві, як: «не бачу іншого шляху».

В даному випадку пацієнт продовжує бути небезпечним для себе і, по суті, не виходить із «суїцидального статусу», тобто суїцидальна спроба не перериває пресуїциду [15].

Чотири типи постсуїцидальних станів були виділені в їхньому «чистому», неускладненому вигляді. З розгляду виключені ті випадки, де в постсуїциді на перший план виступали явища екзогенних та соматогенних розладів психічної діяльності, обумовлених способом самогубства (країнгуляційна асфіксія з наступними синдромами затьмарення свідомості та дисмнестичними проявами; інтоксикаційні психози при отруєнні;); черепно-мозкових травм тощо). Подібні постсуїциди називаємо ускладненими [17].

У зв'язку з тим, що постсуїцидальні стани мають свою динаміку, доцільно розрізняти три періоди у їх розвитку:

1. Найближчий постсуїцид (протягом першого тижня після скоєної

спроби).

2. Ранній постсуїцид (від тижня до місяця, після спроби).

3. Пізній постсуїцид (наступні 4-5 місяців) [12].

Отже, після замахів на самогубство, які не закінчилися смертю, настають стани, що формуються за певними закономірностями, що мають своєрідний клініко-психологічний зміст та чітку динаміку. Розроблена типологія постсуїцидальних станів відряджає їх формальну та змістовну сторони та побудована з урахуванням терапевтичних рекомендацій, прогнозу та заходів щодо профілактики повторних суїцидів.

Підлітки цілком усвідомлюють неминучість і остаточність смерті. Підліток має моральні та екзистенціальні стосунки зі смертю. Підліток вже може відрізнити «Я» від реальності. Він здатний зрозуміти існуючі в суспільстві концепції смерті. Підліток може спокійно і тверезо ставитися до смерті як до природного завершення життя. В інших випадках він може займати чітку захисну позицію, наприклад, представляє самогубство як можливість покарати батьків або жертву за благородний задум [19].

Суїцидальна поведінка підлітків – це насамперед проблема «прикордонної психіатрії», тобто області дослідження психопатій і непсихотичних реактивних станів на фоні акцентуації характеру [3].

1. Підвищена інтенсивність потреб, прагнення до емоційної близькості, низька здатність до створення механізмів психологічного захисту, нездатність позбутися фрустрації.

2. Імпульсивність, вибуховість і емоційна нестабільність, підвищена сугестивність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду.

3. Наявність почуття провини і заниженої самооцінки.

4. Гіпореактивний емоційний фон у період конфліктів, труднощі формування ціннісних орієнтацій [1].

У підлітковому віці ймовірність аутоагресивної поведінки багато в чому залежить від типу розвитку характеру.

Численні дослідження особливостей самодеструктивної поведінки при

різних видах розвитку характеру підлітків дозволили виділити групу ризику.

Висока ймовірність аутоагресивної поведінки при наступних типах вдосконалення характеру:

Циклоїдний тип. Суїцидальні дії зазвичай виникають у субдепресивній фазі на піку афекту. Суїцид посилюється публічно нанесеною образою, і приниженням, ланцюгом невдач, які змушують підлітка задуматися про свою нікчемність, непотрібність і неповноцінність.

Емоційно нестійкий тип. Суїцидальні дії виникають при гострих афективних реакціях інтрапунітивного типу. Суїцидальна поведінка афективна, рішення і його реалізація відбуваються швидко, зазвичай в один день.

Епілептоїдний тип. Суїцидальні дії відбуваються в період афективних реакцій, які найчастіше бувають екстрапунітивними (агресивними), але можуть трансформуватися в демонстративну суїцидальну поведінку.

Істероїдний тип. їх характерні демонстративні і демонстративно-шантажні суїцидальні спроби [4].

Суїцидальні підлітки зазвичай мають обтяжене соціальне середовище: неблагополучна сім’я, самотність і зневага, відсутність підтримки дорослих. Мотиви суїциду зазвичай незначні: двійка за предмет, образа дорослого, несправедливе ставлення тощо [20].

Психологічний сенс підліткового суїциду – це крик про допомогу, бажання привернути увагу до свого страждання. Справжнього бажання немає, уявлення про смерть вкрай розпливчасте, інфантильне. Смерть уявляється як бажаний тривалий сон, відпочинок від проблем, спосіб потрапити в інший світ і навіть розглядається як засіб покарання злочинців [13].

Сексуальні проблеми зазвичай супроводжуються іншими, не менш важливими факторами дезадаптації. Розрив з близькими призводить до спроб суїциду, якщо цей розрив пов’язаний із зниженням самооцінки або якщо була надзвичайно сильна емоційна прихильність, яка виникає у підлітків із розбитих сімей або у емоційно нестабільних підлітків, які зазнали емоційного стресу в родина своїх батьків. На думку Л. Жезл, «сімейні» проблеми більш виражені в

предпубертатном віці, а «сексуальні» і «любовні» – в підлітковому [18].

Раніше отруєння дівчат і повішення хлопців вважалися найпоширенішими методами підлітків як на реальних, так і на показових судах [16].

Для підліткового суїциду характерні такі особливості: суїциду передують короткочасні, об'єктивно легкі конфлікти у сферах близьких стосунків (у сім'ї, школі, групі); конфлікт сприймається як надзвичайно значимий і травматичний, що викликає внутрішню кризу та драматизацію подій; суїцидальний вчинок сприймається в романтично-героїчному ореолі: як сміливий виклик, як рішучий вчинок, як сміливе рішення тощо; демонстративна суїцидальна поведінка має ознаки «гри на публіку»; суїцидальна поведінка регулюється радше імпульсом, афектом, не має передбачливості, виваженості та точного розрахунку; засоби самогубства підібрано невідповідно (стрибок з балкону другого поверху, малотоксичні речовини, тонка мотузка тощо) [13].

Враховуючи важливість запобігання суїциду серед дорослих і дітей, багато авторів запитують: чи не можна заздалегідь розпізнати смертника і запобігти його наміру? Абсолютно точних ознак ризику суїциду немає, але найпоширенішими є:

1. Ознаки навмисного самогубства. До них відносяться: розмови про самогубство, смерть, сни зі сценами катастроф, сни зі смертю людей або власною смертю, підвищений інтерес до знарядь позбавлення життя, думки про втрату сенсу життя, листи або розмови про прощання.

2. Наявність суїцидального досвіду в минулому, наявність прикладу суїциду в найближчому оточенні, особливо у батьків і друзів; максималістські риси характеру, схильність до безкомпромісних рішень і вчинків, поділ світу на білий і чорний.

3. Об'єктивна тяжкість життєвих обставин: дитинство, проведене в неблагополучній сім'ї; погані стосунки з близькими в цей період; втрата близької людини, втрата роботи, публічне заперечення, важка хвороба, крах життєвих планів, втрата ідеалів чи віри.

4. Зменшення особистісних ресурсів, що дозволяють протистояти труднощам: депресія, хронічні стресові стани, безпорадність, хвороба, насильство в близькому оточенні, фізичне чи психологічне виснаження, недосвідченість і нездатність долати труднощі [20].

У дитячій психіатрії виділяють специфічні синдроми поведінки дитини, які свідчать про готовність до суїциду: тривожно-збуджена поведінка, зовні схожа на ейфорію, але з ознаками поспішності; тривалі порушення сну: підлітка переслідують страшні сни з образами катаклізмів, катастроф, аварій або зловісних тварин; напруга афекту, яка періодично назовні вивільняється невмотивованою агресією; депресія, апатія, мова: підліток важко встає, уникає обов'язків, проводить час безцільно, в поведінці помітні тупість, сонливість; сильне почуття некомпетентності, провини, сорому за себе, виражена невпевненість у собі. Цей синдром може маскуватися навмисною бравадою, зухвалою поведінкою, зухвалістю; підлітковий вік зі значними соматичними ендокринними та нервово-психічними розладами; вживання алкоголю, наркоманія [10].

Зовнішніми обставинами суїцидального підлітка є:

- неблагополучна сім'я підлітка: складний психологічний клімат, батьківські конфлікти, алкоголізм у неї, втрата батьків;

- підліткова безпритульність, відсутність підтримки з боку значущих, шанованих дорослих, які піклувалися про підлітка;

- несприятливе становище підлітка в ньому: неприйняття, настирлива опіка, жорстокість, вимогливість і безжальна жорстокість, критичність до будь-яких проявів підлітка;

- відсутність у підлітка друзів, неприйняття в навчальній групі;

- низка невдач у навчанні, спілкуванні, міжособистісних стосунках з однолітками та дорослими [3].

Таким чином, суїцидальна поведінка підлітків – збільшувальне дзеркало, в якому найвиразніше проявляються основні труднощі та проблеми дітей. Багато факторів, що призводять до суїциду, але діють більш м'яко, лежать в

основі та інших форм аутодеструктивної поведінки: наркоманія, алкоголізація, токсикоманія дітей. Не буде перебільшенням сказати, що причини аутодеструктивного проведення подібні всім його форм. Питання лише інтенсивності дії цих причин. Можна сміливо сказати, що аутодеструктивна поведінка живиться з двох джерел: неблагополуччя життєвих обставин і недостатність особистісних ресурсів подолання цих обставин [18].

1.3. Соціально-педагогічний аналіз причин та мотивів аутоагресивної поведінки молоді

Підлітковий вік – дуже складний період у житті людини. Багато в чому це пов’язано з тим, що саме в цей період відбувається адаптація суспільства, коли батьківська опіка відступає, а дорослі діти хочуть приймати рішення самостійно. З одного боку, це добре. З іншого боку, підлітки відчувають дискомфорт у житті, оскільки починають розуміти, що життя не таке, яким його зображували батьки та вчителі і про що вони читали в книжках. Ось тут і виникають найбільші розчарування в міжособистісних стосунках. І саме зараз ми можемо зіткнутися з феноменом підліткового самогубства.

За останнє десятиліття кількість самогубств серед них зросла майже втричі. Суїцид є другою причиною смерті молоді.

Останні статистичні дані свідчать, що найбільша їх частота спостерігається у віці від 15 до 24 років, а за останні 30 років кількість самогубств серед дітей від 5 до 14 років зросла у 8 разів. Крім того, судмедексперти вважають, що багато випадків так званої випадкової смерті (внаслідок дорожньо-транспортних пригод, вживання токсичних препаратів або використання вогнепальної зброї) насправді є самогубствами [2].

Психологічний сенс підліткового суїциду – це крик про допомогу, бажання привернути увагу до свого страждання. Справжнього бажання померти немає, уявлення про смерть вкрай розпливчасте, інфантильне. Смерть

представлена у вигляді довго бажаного сну, відпочинку від проблем, подорожі в інший світ, а також сприймається як засіб покарання злочинців.

Дитина піднімає на себе руку і вдається до останнього аргументу в суперечці з дорослими – до такого аргументу, який на його думку, не може залишитися непочутим. Дитина, яка ще не відчуває нездоланної межі між життям і смертю, часто уявляє смерть як стан, який має початок і кінець.

Абсолютно щиро бажаючи померти в нестерпній для нього ситуації, він насправді «має намір жити». У підлітка, як правило, немає холодного розрахунку, але існує наївна віра, що його смерть нагадає батькам, учителям, коханій людині, і тоді всі проблеми закінчаться і вони знову заживуть у мирі та злагоді [8].

Накопичення негативного досвіду може створити несприятливе середовище для підліткової дезінтеграції. Найчастіше негативні переживання підлітків виникають як реакція на сімейні та шкільні конфлікти, часті покарання, невдоволення батьків друзями дітей, приниження та критику з боку вчителів, нерозуміння однолітків [5].

Причин суїцидальної поведінки підлітків багато. Це може бути наслідком нещасливого кохання, нерозвинутих сімейних стосунків, безпорадності та страху, болісних страждань, втрати близької людини, невиліковної хвороби. Найчастіше всі ці причини пов’язані одним станом – депресією. Небезпека підліткових депресій полягає в тому, що їх важко вчасно розпізнати. Маскований перебіг цього психічного розладу залишає підлітка без допомоги лікаря; і дуже часто лише спроба самогубства спонукає інших звернутися за професійною допомогою.

Відомий психоневролог В. Москалець зауважив, що підліток наділений деякими властивостями характеру, які за фактом свого існування привертають до суїциду:

1) крайня мінливість настрою, вибуховість;
2) нестійка самооцінка;
3) максималізм;

4) імпульсивність;

5) невміння «висловити себе», поділитися своїми проблемами – і тим самим розрядити напругу;

6) тривога і страх, що легко виникають, – часто з нікчемного приводу.

Є ще одна властивість підлітків, яка об'єднує їх усіх у групу суїцидального ризику – відсутність усвідомлення цінності людського життя. Вважається, що з дорослішанням особистість у сенсі «дозріває» – і поступово формується уявлення про цінність людського життя [10].

Імовірність самогубства зростає за наявності чинників суїцидального ризику, тобто, зовнішніх чи внутрішніх обставин, які сприяють чи викликають формування суїцидальної поведінки. Серед названих факторів розрізняють: соціально-демографічні (стаття, вік, соціальне становище, місце проживання); соціально-економічні (рівень життя, наявність навчання або роботи, професії та сім'ї); етнокультурні (присутність у традиціях деяких народностей суїцидів як соціально прийнятної норми); психологічні (міжособистісні конфлікти, фізичне та сексуальне насильство, тяжке фізичне захворювання, почуття безпорадності тощо); специфічні (колишня власна суїцидальна спроба або суїциди серед родичів, знайомих; наявність засобів для скоєння самогубства, час дня, пора року тощо); психіатричні (сильна депресія, шизофренія, тривожні розлади тощо) [12].

Досвід світової суїцидології свідчить про існування тісної залежності між частотою завершених суїцидів та наступними змінними.

Рівень життя та матеріального благополуччя. Ступінь впливу даного чинника на кількість самогубств остаточно не з'ясована і результати міжнародних досліджень досить суперечливі.

Для соціологічних концепцій характерно твердження, що потреба – головна конкретна причина самогубства.

Аналізуючи джерела суїцидальної поведінки, зарубіжні вчені приходять до висновку, що підлітки з бідних сімей більшою мірою схильні до ризику самогубств, ніж їх матеріально забезпечені однолітки. Нечисленні вітчизняні

дослідники також свідчать, що у бідних регіонах кількість самогубств серед населення більша.

Водночас у багатьох слаборозвинених країнах, як відображено у доповіді ВООЗ, зафіксовано менший рівень самогубств, ніж у окремих високорозвинених країнах. Це дало дослідникам підстави стверджувати, що матеріальний добробут не рятує від відчуття марності існування, навпаки, боротьба за виживання та відповідальність за близьких може надати життю

сенсу і відвернути від думки про його безцільність. Щоправда, бідність сприяє збільшенню кількості самогубств серед підлітків, які гостріше, ніж дорослі переживають нерівність у розподілі доходів [15].

Статус керівника та робота, пов’язана з підвищеною відповідальністю, можуть викликати нестерпні емоційні хвилювання. Відсутність зайнятості та конкуренція на ринку праці, на думку зарубіжних дослідників, стимулюють зростання самогубств серед молоді. Але справжнім джерелом суїцидальної поведінки найчастіше виступає не саме безробіття, а зниження соціального статусу людини і наступна у зв’язку з цим трудова та соціальна дезадаптація [19].

Сімейне оточення відіграє одну з провідних ролей у виникненні суїцидальної поведінки підлітків. Роботи зарубіжних дослідників фіксують значний вплив негативного досвіду дитинства на підлітків, які намагалися вчинити суїцид.

Дослідження показали, що суїцидальні думки спричинені браком батьківського тепла, спілкування та емоційної чуйності, а також надмірною жорстокістю, незгодою, суворою дисципліною та сімейними конфліктами. Дослідники відзначають, що понад 60% самогубців з дошкільного віку виховувалися в неповних сім’ях, в яких явні і приховані конфлікти існували ще до розпаду сім’ї.

Водночас С. Павленко свідчить, що аномалії сімейних стосунків є достатньою підставою для віднесення конкретної сім’ї до суїцидальної; і в той же час зовні благополучна сім’я не гарантує відсутності у її членів

суїцидальних нахилів [20].

Ще одним сильним рушієм суїцидальної поведінки серед молоді є пияцтво їхніх батьків. Результати опитувань показують, що в сім'ях, де батько і особливо мати систематично зловживають алкоголем, суїцидальні думки, які перетворюються на реальність, частіше виникають у дітей старшого віку.

Стать і вік є визначальними факторами суїцидальної поведінки. За даними ВООЗ, юнаки вчиняють самогубства в 3-4 рази частіше, ніж дівчата, які так само часто роблять демонстративні спроби, що не призводять до смерті, а це означає, що суїцид – явище переважно молоді та чоловіків [5].

Причина суїцидальної поведінки – поняття глибоке і складне. Вона сягає корінням у соціально-психіатричний аналіз проблеми. Причиною є все те, що викликає і обумовлює самогубство. В. Білецька причиною суїцидальних дій вважає соціально-психологічну дезадаптацію особистості. Крім основної причини, можуть бути й другорядні (хвороба, сімейні проблеми тощо). Умови та причину слід відрізняти від причини. Під умовами розуміють такий комплекс явищ, який не викликає певних наслідків, але є необхідною передумовою їх виникнення і розвитку. Без певних умов не існує причин і наслідків. Умови істотно впливають як на дію причин, так і на характер наслідків. Одні і ті ж причини в різних умовах призводять до різних наслідків. Аналізуючи причини суїцидів, необхідно скрізь зустрічати залежність, її відмінність від умов [6].

Причина, протилежна причині, – подія, яка виступає стимулом до дії причини. Причина зовнішня, випадкова і не є ланкою в ланцюзі причинно-наслідкових зв'язків. Тому аналіз причин суїциду не виявляє причин [2].

Суїцидальна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту. Вона є результатом взаємодії середовищних (ситуаційних) і особистісних факторів [15].

До ситуаційних факторів Е. Гроллман відносить:

- Прогресуюча хвороба, така як розсіяний склероз або СНІД. Фактор

прогресування захворювання є більш важливим для ризику суїциду, ніж його тяжкість або інвалідність.

- Економічні проблеми викликають проблеми, пов’язані з їжею, одягом і житлом. Водночас, однак, піддається сумніву компетентність осіб, які беруть участь у фінансових суперечках. Вони гостро відчувають себе невдахами, чиє життя перевернулося з ніг на голову.

- Смерть близької людини скасовує звичний стереотип сімейного життя. Можливому самогубству зазвичай передує інтенсивне, тривале горе. Протягом багатьох місяців після похорону спостерігається заперечення створеної реальності, соматичні дисфункції, панічні розлади тощо. За таких обставин самогубство може здаватися звільненням від нестерпного душевного болю або способом з’єднатися з коханою людиною, яка пішла назавжди. Це можна розглядати як покарання за уявні чи реальні злочини, скоєні проти померлого.

- Розлучення та сімейні конфлікти. Дослідження показують, що багато людей, які вчинили самогубство, виросли в неповних сім’ях [16].

Узагальнюючи результати соціально-педагогічного аналізу, можна констатувати, що аутоагресивна поведінка молоді є складним детермінованим явищем, яке виникає внаслідок глибокої соціально-психологічної дезадаптації особистості. Основним психологічним сенсом підліткового суїциду виступає «крик про допомогу» – несвідоме намагання привернути увагу до своїх страждань без реального наміру припинити життя. Ключовими мотивами такої поведінки є протест, бажання припинити душевний біль або привернути увагу значущих дорослих.

Систематизація причин суїцидального ризику дозволяє виокремити такі домінантні фактори:

1) Мікросоціальні чинники: дисфункційні сімейні стосунки (брак емоційного тепла, жорстоке поводження, неповні сім’ї), шкільні конфлікти та нерозуміння з боку однолітків.

2) Особистісні властивості: віковий максималізм, імпульсивність, нестабільна самооцінка та відсутність сформованого усвідомлення цінності

людського життя.

3) Соціально-економічні умови: відчуття нерівності, безробіття та втрата соціального статусу, що підсилюють депресивні стани.

Встановлено, що критичним моментом є поєднання зовнішніх ситуаційних факторів (смерть близьких, розлучення, хвороба) із внутрішньою психологічною вразливістю підлітка. Це підкреслює необхідність комплексної профілактичної роботи, спрямованої на вчасне виявлення маскованих депресій та розвиток когнітивної та емоційної резильєнтності молоді. Таким чином, суїцидальна поведінка є результатом взаємодії несприятливого середовища та особистісної нездатності подолати мікросоціальний конфлікт, що вимагає від соціального педагога активного втручання як у внутрішній світ підлітка, так і в його найближче соціальне оточення.

РОЗДІЛ 2
ЗМІСТ ТА НАПРЯМИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДУ

2.1. Форми та методи соціально-педагогічної роботи з підлітками та студентською молоддю груп ризику

Ефективність соціально-педагогічної профілактики безпосередньо залежить від точності ідентифікації об’єктів впливу та застосування адресного підходу до роботи з підлітками та студентською молоддю «груп ризику». Оскільки суїцидальна поведінка часто є наслідком комплексної дезадаптації, превентивні заходи не можуть бути універсальними; вони мають враховувати специфічні потреби, соціальний бекграунд та індивідуально-психологічні особливості кожної особистості. Адресний підхід дозволяє соціальному педагогу зосередити ресурси на найбільш вразливих категоріях – тих, хто стикається з маскованими депресіями, сімейним неблагополуччям або соціальною ізоляцією. Такий формат роботи передбачає перехід від загальної просвіти до глибокої індивідуалізації, де форми та методи впливу добираються відповідно до конкретного «крику про допомогу», що дає змогу вчасно нівелювати аутоагресивні наміри та трансформувати деструктивний стан особистості у життєствердну позицію через розвиток емоційної стійкості та пошук нових сенсів буття.

Ефективна соціально-педагогічна діяльність розпочинається з чіткого визначення об’єктів превентивного впливу, що дозволяє фахівцеві реалізовувати адресний підхід [38]. Першу вагому групу ризику становлять підлітки та студенти з вираженими ознаками соціальної дезадаптації. Це молоді люди, які внаслідок внутрішніх конфліктів або зовнішнього тиску втрачають здатність конструктивно взаємодіяти з оточенням. Основними індикаторами тут виступають хронічні труднощі в навчанні, систематичні прогули, високий

рівень конфліктності з викладачами та однолітками, а також стан глибокої самотності, який підлітки часто маскують під удаваною байдужістю або агресією.

Особливої уваги та фахової пильності потребує категорія осіб з ознаками «маскованої депресії». Як свідчить теоретичний аналіз, небезпека цього стану полягає в його латентності: зовні молода людина може зберігати спокій або навіть демонструвати соціальну успішність, проте за цим фасадом ховається апатія, втрата інтересу до раніше значущих справ та різкі зміни в поведінкових патернах. Для соціального педагога важливо розпізнати ці непрямі сигнали, оскільки саме за такою «маскою» часто приховується зріле суїцидальне рішення, яке не супроводжується демонстративними актами, але є найбільш небезпечним через свою раптовість для оточення.

Важливим адресним орієнтиром є також молодь, яка виховується в сім’ях, що опинилися в складних життєвих обставинах. Деструктивне родинне середовище, де присутні факти фізичного чи психологічного насильства, алкоголізм батьків або тривалий стан емоційної депривації, стає потужним детермінантом аутоагресії. Відсутність базового відчуття безпеки та емоційної підтримки вдома змушує підлітка чи юнака шукати радикальні способи припинення душевного болю, сприймаючи суїцид як єдиний доступний «вихід» із хронічно травмувальної ситуації [41].

Окрему підгрупу в межах груп ризику становлять особи з вираженим віковим максималізмом та високою імпульсивністю. У підлітковому віці нездатність «висловити себе» та поділитися проблемами часто призводить до накопичення внутрішньої напруги, яка розряджається через непередбачувані вчинки. Студентська ж молодь більше схильна до криз, пов’язаних із втратою життєвих сенсів та страхом перед майбутнім. Для обох категорій характерною ознакою є несформоване усвідомлення цінності власного життя, що робить їх надзвичайно вразливими до ситуативних розчарувань або міжособистісних конфліктів.

До груп ризику також слід віднести молодих людей, які переживають

гострі ситуаційні кризи: смерть близької людини, розрив значущих стосунків або раптову зміну соціального статусу. Такі події руйнують звичний стереотип життя і, за умови відсутності вчасної підтримки, можуть трансформуватися в інтенсивне тривале горе. Власне почуття безпорадності, яке виникає в таких обставинах, стає каталізатором суїцидальних думок, які з часом можуть перерости в конкретні наміри чи дії.

Науковий підхід до класифікації груп ризику також вимагає врахування психіатричного компонента, зокрема наявності тривожних розладів чи межових станів. Хоча соціальний педагог не здійснює медичної діагностики, він має враховувати наявність у підлітка чи студента схильності до афективних реакцій або надмірної тривожності навіть з нікчемних приводів [17]. Поєднання психологічної вразливості з несприятливими соціальними умовами створює «критичну масу» ризику, що потребує негайного превентивного втручання.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що комплексна характеристика груп ризику базується на синтезі особистісних, сімейних та соціально-середовищних факторів. Адресна робота соціального педагога з цими категоріями молоді має бути спрямована на вчасну компенсацію дефіциту спілкування, стабілізацію психоемоційного стану та формування навичок резильєнтності. Тільки через глибоке розуміння специфіки кожної групи стає можливим перехід від загальної профілактики до індивідуалізованого супроводу, що є запорукою збереження життя та здоров’я учнівської та студентської молоді.

Організаційний аспект соціально-педагогічної діяльності передбачає чітку структуризацію форм роботи, що дозволяє максимально охопити цільову аудиторію та забезпечити ефективність превентивного впливу [2]. Вибір конкретної форми залежить від ступеня суїцидального ризику, вікових особливостей та рівня готовності підлітка чи студента до взаємодії. В академічній практиці доцільно виокремлювати три базові типи форм: індивідуальні, групові та дистанційні, кожна з яких має власну методичну специфіку та організаційні вимоги.

Індивідуальні форми роботи є найбільш конфіденційними та спрямовані

на глибоке опрацювання особистісних криз. Ключовим інструментом тут виступає консультативна бесіда, яка дозволяє фахівцеві встановити довірливий контакт із підлітком. Особливої ваги набуває «довірливе інтерв'ю» – специфічна форма спілкування, де соціальний педагог виступає не як контролер, а як активний слухач, що допомагає молодій людині вербалізувати свій внутрішній біль. Кінцевим результатом такої взаємодії є створення індивідуального плану підтримки, який містить покроковий алгоритм виходу з кризового стану та перелік доступних ресурсів допомоги.

Групові форми роботи орієнтовані на соціалізацію особистості та подолання відчуття ізоляції, яке часто є передумовою аутоагресії. Провідне місце займають соціально-психологічні тренінги, де в безпечному середовищі відпрацьовуються навички стресостійкості та конструктивного вирішення конфліктів. Окрім того, надзвичайно ефективними є групи взаємодопомоги, де підлітки та юнацтво мають змогу отримати підтримку від однолітків зі схожим досвідом, що нівелює відчуття власної «виключності» та безнадії [3].

Арттерапевтичні сесії як різновид групової роботи дозволяють використовувати методи опосередкованого впливу, що особливо важливо для молоді, яка має труднощі з самовираженням. Через малювання, метафоричні карти чи пісочну терапію учасники груп можуть безпечно екстерналізувати свої страхи та агресію. Групова динаміка в таких сесіях сприяє формуванню колективного імунітету до деструктивних впливів середовища та зміцнює почуття приналежності до спільноти, що є потужним антисуїцидальним чинником.

Дистанційні форми роботи набувають стратегічного значення у роботі з юнацькою та студентською молоддю, яка є активним користувачем цифрового простору. Консультування через месенджери та соціальні мережі дозволяє знизити поріг страху перед зверненням до фахівця, забезпечуючи швидкість та певний рівень анонімності. Анонімні чати допомоги стають першою ланкою превенції для тих, хто не готовий до очного візиту, надаючи можливість отримати фахову підтримку в момент гострого емоційного піка, що часто рятує

від непоправних кроків [10].

Важливим складником дистанційного підходу є робота з онлайн-контентом, або медіапрофілактика. Вона включає моніторинг соціальних мереж на предмет виявлення деструктивних закликів та наповнення інтернет-простору життєствердним контентом. Створення тематичних вебінарів, цифрових буклетів та навігаторів допомоги дозволяє формувати безпечне інформаційне поле навколо студента. Таким чином, поєднання традиційних та цифрових форматів створює цілісну організаційну мережу, яка дозволяє вчасно виявити суїцидальні наміри та надати необхідну допомогу на будь-якому етапі розвитку кризи.

Методичний інструментарій соціально-педагогічної роботи є практичним втіленням превентивних стратегій, спрямованих на нівелювання чинників суїцидального ризику. Оскільки причини аутоагресії різняться залежно від вікового етапу, добір технік здійснюється з урахуванням домінантних потреб особистості. Для підліткового віку, де ключовими детермінантами виступають емоційна нестабільність та сімейні конфлікти, пріоритет надається методам емоційного відреагування. Зокрема, арттерапевтичні техніки, такі як малювання страхів або ліплення, дозволяють підлітку «висловити себе» на невербальному рівні. Це критично важливо у випадках, коли дитина відчуває внутрішній тупик, але не володіє достатнім словниковим запасом або довірою, щоб описати свій біль словами.

Важливим аспектом роботи з підлітками є подолання міжособистісної напруги через рольові ігри. Ця техніка дозволяє в безпечних умовах програвати конфліктні ситуації з батьками чи вчителями, пропонуючи учаснику поглянути на проблему з позиції іншої сторони. Завдяки моделюванню різних сценаріїв підліток опановує навички конструктивного виходу з кризи, вчиться аргументувати власну позицію та знаходити компроміси [15]. Це знижує відчуття безпорадності, яке часто стає поштовхом до суїцидальних думок як єдиного доступного «аргументу» в суперечці з дорослими.

Для нейтралізації імпульсивності – фактора ризику, на якому

наголошують дослідники, – соціальний педагог впроваджує методи саморегуляції. Навчання дихальним вправам та технікам м’язової релаксації допомагає підліткам опановувати навички контролю над афективними станами. У момент гострого емоційного збудження вміння зупинитися та стабілізувати фізичний стан стає бар’єром, що запобігає реалізації миттєвого суїцидального імпульсу [38]. Таким чином, фокус роботи зміщується з переживання травми на розвиток внутрішніх ресурсів самоконтролю.

Переходячи до роботи зі студентською молоддю, методичний акцент трансформується у бік когнітивно-ціннісної сфери, де головною проблемою стає екзистенційна криза. Логотерапевтичні методи, зокрема діалогічні бесіди про сенс життя, дозволяють студенту провести ревізію власних цінностей. Соціальний педагог допомагає виявити приховані ресурси в особистих досягненнях та захопленнях, які можуть стати опорою в моменти зневіри. Пошук індивідуального сенсу буття виступає найпотужнішим антисуїцидальним фактором, що дає змогу вистояти під тиском життєвих обставин.

Метод проектування майбутнього є дієвим інструментом подолання стану «тупика», характерного для юнацького віку. Створення «карт життя» на перспективу 5–10 років допомагає студенту візуалізувати конкретні цілі та шляхи їх досягнення, перетворюючи розмиті тривоги на структурований план дій. Це сприяє подоланню часової дезорієнтації та формує оптимістичну перспективу, де теперішні труднощі сприймаються як тимчасові етапи на шляху до значущого результату. Така діяльність зміцнює віру у власну спроможність впливати на життєвий шлях.

Для зміни деструктивних патернів мислення активно застосовується когнітивний рефреймінг. Ця техніка вчить молоду людину переглядати негативні події – від невдач у навчанні до розриву значущих стосунків – не як незворотну катастрофу, а як цінний, хоча й болісний досвід. Навчаючи студента знаходити нові ракурси сприйняття ситуації, соціальний педагог сприяє розвитку гнучкості мислення. В результаті особистість набуває здатності до

самодопомоги, трансформуючи внутрішній деструктив у конструктивні висновки для подальшого зростання.

Методичний інструментарій соціального педагога також включає техніку «антисуїцидального контракту», яка є ефективною для обох вікових груп у стані помірного ризику. Ця письмова або усна домовленість про ненанесення собі шкоди протягом певного часу створює додатковий зовнішній контроль та дає змогу виграти час для подальшої психотерапевтичної роботи. Контракт базується на відповідальності та довірі, що зміцнює зв'язок між фахівцем і молодою людиною, надаючи останній відчуття підтримки та «безпечної гавані» [33].

Узагальнюючи практичний аспект, слід зазначити, що використання перелічених методів має бути системним та інтегрованим. Поєднання технік емоційної розрядки для підлітків та смисложиттєвої орієнтації для студентів створює надійний фундамент для формування резильєнтності. Соціально-педагогічний інструментарій спрямований не лише на ліквідацію суїцидальних намірів, а й на розширення життєвого простору особистості, де кожна криза стає точкою для розвитку, а не приводом для самознищення.

Алгоритм дій соціального педагога у випадку виявлення прямої суїцидальної загрози має бути чітким, послідовним та позбавленим паніки, оскільки від оперативності реалізації цих кроків залежить життя молодої людини. Першочерговим завданням є негайне встановлення психологічного контакту, що базується на безумовному прийнятті та емпатії. Фахівець має транслювати спокій та підтримку через вербальні формулювання на кшталт «Я тебе чую», «Я поруч» та «Твоє життя важливе для мене». На цьому етапі важливо дати підлітку чи студенту можливість виговоритися, не перебиваючи та не засуджуючи його почуттів, що дозволяє знизити рівень емоційної напруги та сформувати «місток довіри».

Після стабілізації первинного емоційного стану соціальний педагог переходить до об'єктивної оцінки ступеня суїцидального ризику. Це вимагає делікатного, але прямого з'ясування наявності конкретного плану дій,

визначених термінів та засобів реалізації наміру. Чим детальніше продуманий сценарій самогубства, тим вищим є рівень небезпеки, що потребує негайної зміни тактики з превентивної на кризову. Оцінка ситуації також включає аналіз попереднього досвіду аутоагресії та наявність актуальних психотравмувальних подій, які могли стати пусковим механізмом для прийняття фатального рішення.

У ситуації високої загрози соціальний педагог не має права залишатися наодинці з проблемою, тому наступним кроком є термінове залучення додаткових суб’єктів допомоги. Необхідно забезпечити мультидисциплінарний підхід, координуючи дії з практичним психологом закладу, психіатром (у разі потреби клінічного втручання) та законними представниками дитини. Інформування батьків має відбуватися коректно, з акцентом на серйозність стану, але без формування почуття провини, оскільки саме родинна підтримка стає ключовим ресурсом для подальшої реабілітації [31].

Важливим інструментом стримування деструктивних імпульсів є укладання «антисуїцидального контракту». Це письмова або усна домовленість між молодою людиною та фахівцем, згідно з якою підопічний бере на себе зобов’язання не завдавати собі шкоди та не вчиняти спроб самогубства до наступної запланованої зустрічі. Контракт обов’язково містить контакти служб екстреної допомоги та самого педагога, до яких можна звернутися у разі погіршення стану. Така угода створює додатковий психологічний бар’єр, структурує час та дає людині відчуття відповідальності перед особою, якій вона довіряє.

Завершальним етапом алгоритму є забезпечення безперервного супроводу та безпечного середовища. До моменту передачі дитини під нагляд батьків чи медичних працівників вона не повинна залишатися наодинці ні на хвилину. Соціальний педагог фіксує всі вжиті заходи в робочій документації та розробляє план подальшого моніторингу ситуації в освітньому просторі. Таким чином, чітке дотримання протоколу дозволяє не лише купірувати гостру кризу, а й закласти підґрунтя для довготривалої терапевтичної роботи, спрямованої на

повернення молодої людини до повноцінного життя.

Таким чином, можна констатувати, що ефективність соціально-педагогічної роботи з молоддю груп ризику ґрунтується на поєднанні адресної діагностики, різноманітних організаційних форм та специфічного вікового інструментарію. Диференціація методів – від арттерапії та рольових ігор для підлітків до логотерапії та когнітивного рефреймінгу для студентів – дозволяє не лише нівелювати актуальні суїцидальні наміри, а й формувати внутрішню резильєнтність особистості. Впровадження чітких алгоритмів реагування у критичних ситуаціях у поєднанні з сучасними дистанційними формами підтримки створює надійну систему соціально-педагогічного супроводу, яка трансформує деструктивні переживання молоді у життєствердну позицію та забезпечує збереження їхнього психосоціального здоров’я.

2.2. Напрями превентивної діяльності соціального педагога в закладах загальної середньої та вищої освіти

Системний підхід до превентивної діяльності в закладах загальної середньої та вищої освіти базується на трирівневій моделі профілактики, що дозволяє охопити як загальний учнівський та студентський масиви, так і окремих осіб із вираженими суїцидальними інтенціями. Первинна профілактика є найбільш масовим рівнем і спрямована на створення безпечного, підтримувального освітнього середовища. Її головна мета полягає в підвищенні загального рівня психосоціальної компетентності молоді, розвитку навичок емоційного інтелекту та стресостійкості. На цьому етапі соціальний педагог працює над формуванням позитивного мікроклімату в колективах, що виступає базовим антисуїцидальним бар’єром закладу.

У межах первинної превенції особлива увага приділяється просвітницько-інформаційній роботі, яка має бути делікатною та науково обґрунтованою. Соціальний педагог організовує лекторії та семінари, спрямовані на

розвінчування міфів про самогубство та популяризацію культури звернення за психологічною допомогою. Важливо, щоб ця робота не обмежувалася лише учнями чи студентами, а включала й педагогічний склад та батьківську громаду. Останні мають отримати чіткі інструкції щодо розпізнавання непрямих маркерів небезпеки, таких як раптова ізоляція, роздаровування цінних речей або зміна лексикону молодих людей.

Вторинна профілактика має виражений селективний характер і зосереджується на роботі з групами ризику, характеристики яких було деталізовано в попередніх етапах дослідження. Цей рівень передбачає раннє виявлення осіб із ознаками соціально-психологічної дезадаптації, тривожно-депресивними станами або тих, хто перебуває у складних життєвих обставинах. Соціальний педагог здійснює поглиблений моніторинг емоційного стану таких вихованців, застосовуючи методи соціометрії та включеного спостереження для вчасного виявлення ознак булінгу чи соціальної ексклюзії, які часто стають тригерами аутоагресії.

Робота на вторинному рівні в закладах вищої освіти має свою специфіку, пов’язану з процесами адаптації першокурсників та професійним становленням молоді. Тут превентивна діяльність спрямовується на подолання екзистенційних криз, профілактику академічного вигорання та допомогу студентам, які змінили місце проживання і втратили звичне коло підтримки. Соціальний педагог виступає модератором груп взаємодопомоги та фасилітатором тренінгів життєстійкості (резільєнтності), допомагаючи молоді інтегрувати складний досвід у позитивну я-концепцію та зміцнити віру у власне майбутнє.

Третинна профілактика, або кризова інтервенція, реалізується у випадках, коли суїцидальна загроза стала явною або вже відбулася спроба самогубства. Це найбільш складний рівень діяльності, що потребує від соціального педагога високої стресостійкості та навичок кризового менеджменту. Головним завданням тут є соціальна реабілітація особи, запобігання повторним замахам та мінімізація «ефекту наслідування» в учнівському чи студентському

колективі [37]. Робота на цьому рівні є мультидисциплінарною і передбачає тісну співпрацю з медичними установами та спеціалізованими службами підтримки.

Підсумовуючи, слід зазначити, що лише інтегрована взаємодія всіх трьох рівнів профілактики забезпечує цілісність соціально-педагогічного супроводу. Якщо первинна профілактика закладає фундамент ментального здоров'я, то вторинна та третинна дозволяють надавати точкову, висококваліфіковану допомогу в моменти найвищої вразливості особистості. Такий системний підхід перетворює заклад освіти на простір, де кожен учасник освітнього процесу відчуває цінність власного життя та має доступ до необхідних ресурсів підтримки в кризових ситуаціях.

Реалізація превентивної стратегії в закладах освіти безпосередньо залежить від чіткого виконання соціальним педагогом його функціональних обов'язків, які структуровані за ключовими напрямами діяльності. Кожен із цих напрямів є важливою ланкою в системі антисуїцидального захисту, забезпечуючи комплексний вплив на учнівську та студентську молодь. Функціонал фахівця охоплює діагностичну, просвітницьку та корекційну складові, що в сукупності дозволяє не лише вчасно реагувати на загрози, а й створювати умови для гармонійного розвитку особистості в безпечному освітньому середовищі.

Діагностичний напрям є першочерговим і базовим у роботі соціального педагога, оскільки він забезпечує фахівця об'єктивними даними про стан колективу та окремих вихованців. Функціональні обов'язки тут передбачають проведення планового моніторингу через анкетування, тестування та соціометричні дослідження [29]. Це дозволяє вчасно виявити «ізгоїв» у класних чи студентських групах, осіб із критично низькою самооцінкою або вираженою соціальною ізоляцією. Такий аналіз допомагає фахівцеві побачити приховані конфлікти та мікрогрупи з деструктивною спрямованістю, що є необхідною умовою для розробки подальших адресних програм підтримки.

Просвітницько-інформаційний напрям діяльності спрямований на

підвищення рівня обізнаності всіх учасників освітнього процесу щодо проблеми аутоагресії. Соціальний педагог організовує лекторії для батьків, де роз'яснює вікові особливості молоді та важливість збереження емоційного контакту в сім'ї. У межах роботи з педагогічним колективом проводяться семінари, присвячені методам розпізнавання ранніх маркерів суїцидального ризику. Важливою частиною цього напряму є також розповсюдження інформаційних буклетів та навігаторів «Куди звернутися по допомогу», що забезпечує доступність екстрених контактів для кожного студента чи школяра в момент кризи.

Корекційно-розвивальний напрям фокусується на безпосередній зміні деструктивних поведінкових патернів та розвитку особистісних ресурсів молоді. Соціальний педагог розробляє та проводить тренінги життєстійкості (резільєнтності), які допомагають учням і студентам адаптуватися до складних життєвих умов. Заняття з емоційного інтелекту вчать молодь розпізнавати та конструктивно висловлювати свої почуття, що нівелює внутрішню напругу. Спеціалізовані вправи з конфліктології дають змогу опанувати навички ненасильницького спілкування, значно знижуючи рівень соціальної дезадаптації в освітньому просторі.

Окрім групової роботи, функціональні обов'язки в корекційному напрямі включають індивідуальні заняття з особами, які вже виявили ознаки аутоагресивної поведінки. Соціальний педагог використовує методи когнітивної переорієнтації та арттерапевтичні техніки для зниження рівня тривожності та агресивності. Метою цих заходів є трансформація песимістичного світосприйняття вихованця у конструктивне планування майбутнього [23]. Важливо, щоб корекційний вплив був регулярним і базувався на результатах попередньої діагностики, забезпечуючи динаміку позитивних змін у стані молодої людини.

Отже, інтеграція всіх напрямів діяльності соціального педагога створює надійну превентивну систему в закладі освіти. Діагностика дає розуміння проблеми, просвіта залучає ресурси оточення, а корекція безпосередньо формує

антисуїцидальний імунітет особистості. Такий системний функціональний підхід дозволяє фахівцеві не лише контролювати ситуацію в колективі, а й виступати гарантом психосоціальної безпеки молоді, вчасно надаючи необхідну підтримку в найбільш критичні моменти їхнього становлення.

Реалізація превентивної стратегії вимагає від соціального педагога глибокого розуміння специфіки освітнього середовища, оскільки психосоціальні виклики в школі та університеті мають принципові відмінності. У закладах загальної середньої освіти превентивна діяльність фокусується на підлітковому віці, де провідною діяльністю є міжособистісне спілкування, а головним джерелом підтримки або конфлікту залишається родина. Основним акцентом тут є робота з сім'єю, спрямована на відновлення емоційного зв'язку між батьками та дітьми, адже, як свідчить практика, саме брак батьківського тепла часто стає тригером суїцидальних думок у школярів.

Важливим вектором шкільної профілактики є контроль цифрового простору та превенція булінгу. Підлітки є надзвичайно вразливими до кібербулінгу та деструктивного контенту в соціальних мережах, тому соціальний педагог проводить активну роботу з формування медіаграмотності та безпечної поведінки в інтернеті [25]. Протидія шкільному цькуванню стає пріоритетом, оскільки тривале перебування в статусі «жертви» в межах класного колективу веде до глибокої дезадаптації та відчуття безвиході. У школі фахівець виступає медіатором, який допомагає підлітку знайти своє місце в групі однолітків і забезпечує фізичну та психологічну безпеку під час навчання.

Натомість у закладах вищої освіти акценти зміщуються в бік підтримки самостійності та подолання екзистенційних криз юнацтва. Одним із ключових напрямів стає адаптація першокурсників, які часто стикаються з подвійним стресом: зміною соціального статусу та переїздом до іншого міста. Втрата звичного кола спілкування, побутова невлаштованість у гуртожитках та необхідність самостійно організовувати життя можуть спровокувати почуття відчуженості. Соціальний педагог у ЗВО спрямовує зусилля на м'яку

інтеграцію студента в нову громаду, допомагаючи йому вибудувати нові соціальні зв’язки та знайти ресурси для самопідтримки.

Специфікою університетського середовища є також необхідність профілактики професійного вигорання та академічного стресу. Студенти часто відчувають виснаження через високе навантаження та страх не виправдати очікувань щодо майбутньої кар’єри, що може трансформуватися в депресивні стани. Соціальний педагог працює над розвитком навичок тайм-менеджменту та психоемоційної регуляції, навчаючи молодь балансувати між навчанням і відпочинком. Важливим методом тут є залучення студентського самоврядування до превентивних заходів, оскільки принцип «рівний-рівному» у вищій школі працює значно ефективніше за директивні вказівки дорослих.

Таким чином, якщо в школі соціальний педагог діє як захисник і посередник між дитиною та її оточенням (сім’єю, класом), то в університеті він стає фасилітатором саморозвитку та партнером у подоланні кризових станів. У шкільному середовищі домінує зовнішній контроль та опіка, тоді як у вищій освіті превенція базується на свідомому виборі студента та розвитку його особистісної відповідальності. Розуміння цієї вікової та інституційної диференціації дозволяє фахівцеві обирати найбільш релевантні методи профілактики, забезпечуючи ефективний антисуїцидальний супровід на кожному етапі освітнього шляху молоді.

Роль соціального педагога як «архітектора» безпечного освітнього середовища полягає у створенні такої соціокультурної ніші, де кожен учень чи студент відчуває власну цінність та захищеність. Це передбачає планомірне формування атмосфери довіри, яка є базовим антисуїцидальним бар’єром. Соціальний педагог виступає ініціатором заходів, спрямованих на розвиток емпатії в колективі, що перетворює освітній простір із формального місця навчання на життєве середовище, де панує психологічний комфорт. Коли молода людина знає, що її почуття не будуть висміяні, а проблеми почуті, ризик виникнення відчуття безвиході значно знижується.

Важливим вектором цієї діяльності є системна робота з педагогічним та

викладацьким колективом. Спираючись на дані про те, що приниження гідності, критика та несправедливі покарання є прямими причинами підліткової дезінтеграції та суїцидальних намірів, соціальний педагог проводить просвітницьку роботу серед колег. Він наголошує на неприпустимості авторитарного тиску та допомагає педагогам опанувати навички ненасильницького спілкування. Фахівець стає посередником, який коригує стиль взаємодії в системі «педагог-учень», забезпечуючи дотримання етичних норм та повагу до особистості кожного студента чи школяра.

Як архітектор безпеки, соціальний педагог також опікується фізичною та соціальною ізоляцією окремих вихованців, вчасно виявляючи осередки напруги або ознаки булінгу. Він розробляє локальні протоколи безпеки та створює «зони довіри» (наприклад, куточки психологічного розвантаження або анонімні скриньки повідомлень), де молодь може отримати підтримку без остраху перед осудом. Його завдання – трансформувати освітню установу у відкриту систему, де ієрархічні відносини не стають перешкодою для надання допомоги, а адміністративні ресурси працюють на підтримку ментального здоров’я здобувачів освіти.

Зрештою, створення безпечного простору – це безперервний процес моніторингу та корекції соціальних зв’язків. Соціальний педагог забезпечує такий рівень психологічної безпеки, за якого будь-яка кризова ситуація сприймається не як катастрофа, а як виклик, що має рішення. Завдяки його діяльності в закладі формується культура взаємопідтримки, де гуманістичні цінності стають реальним інструментом профілактики суїциду. Такий підхід дозволяє нівелювати агресивне середовище та створити надійний фундамент для успішної соціалізації та емоційного благополуччя підлітків і юнацтва.

Таким чином, превентивна діяльність соціального педагога в закладах загальної середньої та вищої освіти є багаторівневою системою, яка адаптується до специфічних викликів кожного освітнього етапу. Реалізація діагностичного, просвітницького та корекційного напрямів у межах цілісного підходу дозволяє не лише вчасно виявляти осіб із суїцидальними інтенціями, а

й цілеспрямовано змінювати умови їхньої соціалізації. Виступаючи «архітектором» безпечного середовища, соціальний педагог нівелює деструктивні чинники, такі як булінг чи авторитарний тиск, і натомість вибудовує простір довіри та підтримки. Зрештою, саме поєднання зовнішнього захисту в школі та стимулювання внутрішньої життєстійкості у вищій освіті забезпечує комплексний антисуїцидальний бар'єр, що гарантує збереження ментального здоров'я та цілісності особистості підлітків і юнацтва.

2.3. Взаємодія суб'єктів соціально-педагогічної допомоги у запобіганні суїцидальним проявам серед учнівської та студентської молоді

Ефективність соціально-педагогічної профілактики суїцидальної поведінки залежить не лише від професіоналізму окремого фахівця, а й від злагодженості дій усіх суб'єктів, дотичних до життєдіяльності молоді. Сучасна модель допомоги базується на принципі багаторівневої взаємодії, що дозволяє створити цілісну систему підтримки навколо підлітка чи студента. Така модель поділяється на внутрішньоінституційний рівень, що реалізується безпосередньо в закладі освіти, та міжвідомчий (зовнішній) рівень, який залучає ресурси ширшої громади та спеціалізованих державних інституцій.

Внутрішній рівень взаємодії в закладі освіти є першою лінією захисту. У центрі цієї структури стоїть соціальний педагог, який координує зусилля практичного психолога, класного керівника або куратора та адміністрації. Кожен із цих суб'єктів володіє унікальною інформацією про стан вихованця: педагог бачить динаміку успішності та зміни в поведінці на заняттях, психолог здійснює глибокий аналіз емоційного стану, а соціальний педагог оцінює сімейні та середовищні ризики. Тільки через постійний обмін цими даними стає можливим вчасне виявлення латентних суїцидальних намірів та розробка узгодженого плану кризової інтервенції.

Особлива роль у внутрішній мережі належить адміністрації закладу, яка

забезпечує нормативне та організаційне підґрунтя для такої співпраці. Керівництво створює умови для конфіденційного обміну інформацією та легітимізує дії спеціалістів у випадках, що потребують негайного втручання. Взаємодія на рівні «соціальний педагог – адміністрація» дозволяє оперативно приймати рішення про залучення зовнішніх служб, зміну умов навчання для студента в кризі або організацію загальноінституційних профілактичних заходів, що мінімізує бюрократичні затримки в критичні моменти [23].

Зовнішній рівень взаємодії, або міжвідомча співпраця, активується тоді, коли ресурси закладу освіти є недостатніми для розв’язання проблеми. Це стосується ситуацій високого медичного ризику, де необхідна фахова психіатрична допомога. Соціальний педагог виступає сполучною ланкою між сім’єю учня та медичними закладами, допомагаючи подолати стигматизацію психіатричного лікування та забезпечуючи спадкоємність допомоги. Співпраця з лікарями дозволяє отримати чіткі рекомендації щодо режиму навчання та спілкування з молодою людиною в період реабілітації після спроби суїциду.

Важливим вектором зовнішньої взаємодії є співпраця з ювенальною превенцією (поліцією) та службами у справах дітей. Цей рівень є критичним у випадках, коли суїцидальні наміри підлітка спровоковані жорстоким поводженням у сім’ї або вчиненням протиправних дій щодо нього. Соціальний педагог координує дії із захисту прав дитини, забезпечуючи правовий супровід та залучаючи державні механізми примусового захисту. Окрім того, партнерство з громадськими організаціями дозволяє залучати волонтерські ресурси, «телефони довіри» та спеціалізовані реабілітаційні програми, що значно розширює коло підтримки молоді.

Модель взаємодії є динамічною мережею, де соціальний педагог виконує роль менеджера кейсу. Поєднання внутрішньої мобільності закладу із зовнішніми ресурсами громади дозволяє створити «кільце безпеки», яке утримує особистість у кризовому стані від фатального кроку. Така інтеграція зусиль гарантує, що жоден тривожний сигнал не залишиться без уваги, а допомога буде не лише швидкою, а й комплексною, охоплюючи медичні,

психологічні, соціальні та юридичні аспекти збереження життя молоді.

Ефективність мультидисциплінарної команди в запобіганні суїцидальним проявам безпосередньо залежить від чіткого розмежування функцій та водночас тісної інтеграції зусиль кожного суб'єкта. Соціальний педагог у цій системі виступає центральною фігурою – координатором взаємодії. Його роль полягає не лише у виявленні проблем, а й у налагодженні комунікаційних каналів між закладом освіти, родиною та зовнішніми службами. Він забезпечує комплексний соціальний патронаж, супроводжуючи молоду людину на всіх етапах подолання кризи та контролюючи дотримання її соціальних гарантій.

Важливою складовою функціонала соціального педагога є безпосередня робота з сім'єю. Фахівець допомагає батькам усвідомити серйозність стану дитини, долаючи їхній можливий опір або почуття провини. Крім того, він здійснює захист прав учня чи студента, особливо в тих випадках, коли суїцидальний ризик зумовлений жорстоким поводженням або порушенням інтересів молоді. Педагог стає адвокатом особистості, гарантуючи, що соціальні обставини її життя будуть змінені на користь безпеки та розвитку.

Практичний психолог у команді відповідає за внутрішній, глибинний пласт допомоги. Його першочергова функція – проведення професійної психодіагностики для визначення структури суїцидальних намірів, рівня депресії та особистісної акцентуації [28]. На відміну від соціального педагога, який працює із соціальним оточенням, психолог зосереджується на інтрапсихічних процесах, виявляючи внутрішні конфлікти, що підштовхують молоду людину до фатального кроку.

Після діагностичного етапу психолог здійснює цілеспрямовану психокорекцію емоційних станів та надає психотерапевтичну підтримку. Це включає роботу з травмою, зниження рівня аутоагресії та стабілізацію психоемоційного фону. Його роль полягає в тому, щоб навчити студента чи підлітка новим механізмам копінгу – здатності справлятися зі стресом без шкоди для здоров'я. Психолог забезпечує безпечний простір для відреагування болю, що є фундаментом для відновлення ментальної цілісності.

Педагоги та викладачі є «першою лінією виявлення» загрози завдяки щоденному безпосередньому контакту з молоддю. Їхня функція не передбачає терапевтичного втручання, проте вимагає надзвичайної спостережливості. Саме вчитель або куратор може першим помітити зміни в настрої, різке зниження академічної успішності, соціальне дистанціювання або специфічні малюнки та висловлювання в робочих зошитах, що вказують на суїцидальні настрої.

Вчасне інформування соціально-психологічної служби про помічені зміни є критично важливим обов'язком педагога. Від його чуйності та здатності не ігнорувати «дивну» поведінку залежить запуск усього механізму допомоги. Педагогічний склад також відповідає за створення підтримувальної атмосфери безпосередньо під час освітнього процесу, не допускаючи публічних принижень чи надмірного тиску на вразливих студентів, що само по собі є формою первинної профілактики.

Адміністрація закладу освіти відіграє стратегічну роль, забезпечуючи нормативне та організаційне підґрунтя для діяльності команди. Керівництво затверджує внутрішні протоколи реагування на суїцидальні випадки, визначає зони відповідальності кожного працівника та забезпечує правову безпеку спеціалістів. Без підтримки адміністрації робота соціального педагога чи психолога часто стикається з організаційними перешкодами, що може призвести до втрати дорогоцінного часу.

Крім того, адміністрація відповідає за створення умов для конфіденційної допомоги. Це передбачає виділення окремих кабінетів для консультацій, де молода людина може почуватися захищеною від сторонніх очей, а також організацію гнучкого графіку навчання для студентів, які потребують тривалої реабілітації. Адміністративний ресурс є важелем, який дозволяє залучати зовнішніх експертів та фінансувати необхідні просвітницькі заходи.

Взаємодія цих суб'єктів утворює цілісну структуру, де кожна роль є унікальною. Якщо педагоги забезпечують моніторинг, а психолог – внутрішню стабілізацію, то соціальний педагог виступає «архітектором» зв'язків, що з'єднує всі ці зусилля в єдиний кейс допомоги. Такий розподіл функцій

запобігає дублюванню дій та дозволяє охопити проблему з усіх сторін: від біологічної та психічної до соціальної та юридичної.

Зрештою, успіх команди визначається не лише професіоналізмом кожного окремо, а й швидкістю передачі інформації між ними. Соціальний педагог як координатор стежить за тим, щоб рекомендації психолога враховувалися вчителями, а адміністрація була поінформована про необхідність підтримки родини. Ця злагоджена робота дає молодій людині відчуття, що вона перебуває в системі, яка її цінує та готова боротися за її життя на всіх рівнях.

Сім’я є центральним ланкою в антисуїцидальному бар’єрі особистості, адже саме в домашньому середовищі підліток або студент проводить більшу частину часу і саме тут він шукає первинне прийняття [39]. У діяльності соціального педагога родина розглядається не просто як об’єкт впливу, а як стратегічний партнер. Без активного залучення батьків будь-які превентивні заходи закладу освіти матимуть лише тимчасовий характер, оскільки деструктивний мікроклімат у родині здатний нівелювати результати найглибшої психологічної корекції. Роль фахівця полягає в тому, щоб перетворити сім’ю з джерела напруги на джерело ресурсу та безпеки.

Методи залучення батьків до профілактики мають бути спрямовані на дестигматизацію теми ментального здоров’я та формування відповідального батьківства. Соціальний педагог використовує як групові форми (батьківські всеобучі, інтерактивні лекторії, дискусійні клуби), так і індивідуальні консультації. Важливо змінити вектор спілкування від «звітів про успішність» до обговорення емоційного благополуччя дитини. Спільні заходи, такі як вечори сімейної комунікації або тренінги дитячо-батьківських стосунків, допомагають дорослим побачити приховані переживання своїх дітей та усвідомити важливість ранньої превенції.

Ключовим аспектом партнерства є навчання батьків технікам «активного слухання» та навичкам ненасильницької комунікації. Соціальний педагог навчає дорослих чути не лише зміст слів дитини, а й емоційний підтекст – страх, самотність або відчай. Батьки вчаться використовувати «Я-

повідомлення» замість звинувачень, що дозволяє знизити рівень конфліктності вдома. Вміння батьків витримати емоційну напругу дитини, не вдаючись до критики чи знецінення («тобі просто немає чим зайнятися», «це все дурниці»), є фундаментальною умовою для того, щоб підліток у момент кризи звернувся за допомогою саме до рідних.

Одним із найскладніших етапів є робота з опором сім'ї, коли батьки категорично заперечують наявність проблеми або суїцидального ризику у дитини. Такий опір часто є захисною реакцією на страх виявитися «поганими батьками» або страх перед суспільним осудом. У таких ситуаціях соціальний педагог має діяти максимально делікатно, уникаючи звинувачень. Робота спрямовується на раціоналізацію страхів батьків та надання об'єктивних фактів про стан дитини. Важливо донести думку, що визнання проблеми – це не слабкість, а вияв любові та єдиний шлях до порятунку життя.

Якщо опір родини є стійким і загрожує безпеці дитини, соціальний педагог використовує техніку «конфронтації з реальністю», залучаючи за потреби медичних фахівців чи адміністрацію. Проте пріоритетом залишається м'яка корекція ставлення: через індивідуальні зустрічі батьків підводять до розуміння того, що суїцидальні думки є симптомом глибокого душевного болю, а не примхою. Формування альянсу з батьками дозволяє створити єдиний фронт допомоги, де школа та дім діють синхронно, що подвоює шанси на успішний вихід із кризового стану.

Зрештою, успішне партнерство із сім'єю завершується створенням спільного плану безпеки. У цьому документі фіксуються обов'язки батьків щодо моніторингу емоційного стану дитини, обмеження доступу до небезпечних засобів та забезпечення підтримувальної атмосфери. Соціальний педагог продовжує патронаж родини, виступаючи для них консультантом і точкою опори. Такий підхід гарантує, що дитина не залишиться наодинці зі своїми переживаннями за порогом навчального закладу, а сім'я стане справжньою «безпечною гаванню», здатною витримати будь-який шторм.

Дотримання балансу між правом на приватність та обов'язком

збереження життя є одним із найскладніших етичних викликів у роботі соціального педагога. В контексті суїцидальної превенції конфіденційність перестає бути абсолютною категорією в той момент, коли виникає реальна загроза життю та здоров'ю особистості. Правовий аспект цієї діяльності регулюється як професійними етичними кодексами, так і нормативними актами в галузі захисту прав дитини, які чітко вказують на необхідність втручання, якщо неповнолітній чи дорослий перебуває у небезпечному стані.

Алгоритм передачі інформації про суїцидальну загрозу є суворо регламентованим. У разі виявлення прямого ризику соціальний педагог зобов'язаний негайно поінформувати адміністрацію закладу та батьків (або законних представників). Інформація не повинна виходити за межі кола осіб, які безпосередньо залучені до порятунку: практичного психолога, директора та, за потреби, медичних працівників. Важливо, щоб передача даних відбувалася делікатно, з акцентом на фактах, а не на суб'єктивних оцінках, щоб уникнути розголосу та стигматизації молодої людини в колективі однолітків.

Фундаментальним принципом діяльності в таких ситуаціях є пріоритетність безпеки над конфіденційністю. Соціальний педагог має заздалегідь (на етапі встановлення контакту) попередити підопічного про межі професійної таємниці: інформація залишається між ними доти, доки вона не загрожує життю. Якщо дитина заявляє про намір вчинити самогубство, приховування цього факту фахівцем розцінюється як злочинна недбалість. Етично виправданим є «порушення таємниці» задля залучення допомоги, оскільки збереження життя є вищою цінністю, ніж формальне дотримання приватності.

Ведення спільної документації, зокрема карток соціально-педагогічного супроводу, дозволяє забезпечити наступність допомоги та юридично зафіксувати всі вжиті заходи. У таких картках відображається хронологія виявлення ризиків, результати бесід, залучені суб'єкти та рекомендації для батьків і вчителів. Ця документація має статус службової та зберігається в умовах обмеженого доступу. Вона є доказом того, що фахівець діяв у межах

протоколу, що особливо важливо для правового захисту самого соціального педагога у разі настання нещасного випадку.

На завершення, етична майстерність соціального педагога виявляється у здатності зберегти довіру молодої людини навіть після розголошення інформації рятівним службам. Це досягається через пояснення: «Я розповідаю про це твоїм батькам не тому, що хочу тебе видати, а тому, що я за тебе дуже хвилююся і хочу, щоб ти жив». Такий підхід дозволяє зберегти терапевтичний альянс та показує молодій людині, що її стан сприймається серйозно, а оточення готове діяти професійно та згуртовано заради її безпеки.

У сучасній парадигмі превентивної роботи роль соціального педагога трансформується з лінійного виконавця у «менеджера кейсу», який виступає архітектором та диспетчером усього процесу допомоги. Як кейс-менеджер, він бере на себе повну відповідальність за координацію зусиль мультидисциплінарної команди, забезпечуючи цілісність супроводу підлітка чи студента. Його діяльність спрямована на те, щоб допомога була не фрагментарною, а комплексною, де кожен крок психолога, вчителя чи батьків є частиною єдиного антисуїцидального плану.

Першочерговою функцією менеджера кейсу є системний збір та інтеграція інформації від усіх залучених суб’єктів. Соціальний педагог акумулює дані про академічну успішність від викладачів, результати психодіагностики від психолога, відомості про побутові умови від батьків та, за потреби, медичні висновки від лікарів. Таке багатовимірне бачення ситуації дозволяє фахівцеві виявити приховані суперечності в оточенні молоді та об’єктивно оцінити динаміку суїцидального ризику, що є неможливим при ізольованій роботі кожного спеціаліста.

Важливим інструментом координації є організація спільних нарад – психолого-педагогічних консиліумів. На цих зустрічах соціальний педагог модерує дискусію, допомагаючи команді виробити спільну тактику допомоги та розподілити зони відповідальності. Саме менеджер кейсу стежить за тим, щоб педагогічні вимоги до студента в кризі були адекватними його емоційному

стану, а психотерапевтичні рекомендації знаходили реалізацію в щоденній взаємодії у навчальній групі. Консиліум під керівництвом соціального педагога стає органом прийняття колективних рішень, що мінімізує ризик фахових помилок.

Після розробки плану допомоги координаційна роль фахівця переходить у площину активного моніторингу виконання рекомендацій усіма сторонами. Як кейс-менеджер, він контролює, чи дотримуються батьки узгодженого режиму підтримки, чи вчасно дитина відвідує корекційні заняття та чи не чиниться на неї тиск у навчальному середовищі. Соціальний педагог виступає гарантом того, що прийняті на папері рішення перетворюються на реальні дії, спрямовані на стабілізацію стану молодої людини.

Зрештою, координаційна діяльність соціального педагога забезпечує зворотний зв’язок між усіма учасниками процесу. У разі появи нових тривожних сигналів або, навпаки, позитивної динаміки, він оперативно інформує команду та ініціює корекцію плану супроводу. Така менеджерська позиція дозволяє створити навколо особистості «мережу безпеки» з високим рівнем чутливості, де кожен суб’єкт чітко знає свою роль, а молода людина відчуває системну підтримку, що є найпотужнішим фактором захисту від саморуйнівної поведінки.

Таким чином, ефективна превенція суїцидальної поведінки в освітньому просторі є результатом злагодженої взаємодії мультидисциплінарної команди, де кожен суб’єкт виконує чітко визначену роль. Соціальний педагог, діючи як менеджер кейсу, інтегрує зусилля адміністрації, психологів, учителів та батьків, трансформуючи розрізнені заходи у цілісну систему соціального патронажу. Ключовим чинником успіху в цій мережі є стратегічне партнерство з сім’єю та дотримання етичного балансу між конфіденційністю і безпекою життєдіяльності молоді. Зрештою, саме синергія внутрішніх ресурсів закладу освіти та зовнішніх міжвідомчих зв’язків дозволяє створити надійне «кільце безпеки», здатне вчасно купірувати кризові стани та забезпечити комплексний захист і розвиток особистості підлітка чи студента.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено комплексний теоретико-прикладний аналіз проблеми суїцидальної поведінки в підлітковому та юнацькому віці, а також визначено роль і зміст діяльності соціального педагога щодо її попередження в умовах закладів освіти. Дослідження охопило вивчення наукових підходів до розуміння феномену аутоагресії, виявлення вікової специфіки суїцидальних намірів, систематизацію чинників ризику та розробку напрямів міжвідомчої взаємодії суб'єктів допомоги, що дозволило зробити наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив визначити суїцид як свідоме, навмисне позбавлення себе життя, що є крайньою формою деструктивної поведінки. Поняття «суїцидальна поведінка» трактується ширше і включає внутрішні (думки, наміри, плани) та зовнішні (спроби, завершений суїцид) форми активності особистості, спрямовані на саморуйнування. У науковому дискурсі ці явища розглядаються як складний соціально-психологічний феномен, що виникає внаслідок конфлікту особистості з оточенням або самою собою в ситуації глибокої психологічної кризи.

Аутоагресія виступає психологічним підґрунтям суїцидальності та визначається як активність, спрямована на заподіяння шкоди власному фізичному чи психічному здоров'ю. Вона може виявлятися як у прямих формах (самоушкодження), так і в завуальованих (ризикована поведінка, вживання психоактивних речовин). У контексті дослідження встановлено, що суїцидальна поведінка є вищою точкою розвитку аутоагресивних тенденцій, коли внутрішній біль стає нестерпним, а смерть сприймається як єдиний спосіб припинення страждань.

2. Дослідження показало, що суїцидальні наміри в підлітковому та юнацькому віці мають специфічну вікову забарвленість, зумовлену емоційною нестабільністю та незавершеністю формування особистості. Для підлітків характерною є імпульсивність, схильність до імітації та демонстративності

(«крик про допомогу»), де суїцидальна спроба часто виступає способом впливу на значущих дорослих або однолітків. У юнацькому віці наміри стають більш усвідомленими, часто пов’язаними з екзистенційними кризами, пошуком сенсу життя та глибоким почуттям самотності.

Ключовою особливістю є «тунельний зір» – звуження свідомості, при якому молода людина фокусується лише на негативних аспектах свого буття, ігноруючи можливі виходи з кризи. Поведінкові маркери суїцидальності в цьому віці часто маскуються під протест, депресивні стани або різку зміну соціальної активності. Встановлено, що відсутність навичок конструктивного подолання труднощів (копінг-стратегій) та висока чутливість до соціальної оцінки роблять молодь найбільш вразливою категорією до формування суїцидальних намірів.

3. Систематизація факторів суїцидального ризику дозволила виділити три групи чинників: мікросоціальні (сімейні конфлікти, брак підтримки, жорстоке поводження), індивідуально-психологічні (низька самооцінка, акцентуації характеру, висока тривожність) та макросоціальні (вплив субкультур, деструктивний контент у соцмережах, соціальна ізоляція). Виявлено, що провідною причиною аутоагресії серед молоді є соціально-психологічна дезадаптація, яка виникає внаслідок розриву значущих стосунків або неможливості реалізувати базові потреби у визнанні та безпеці.

Особливу небезпеку становлять «тригерні» ситуації, такі як булінг в освітньому середовищі, академічні невдачі або нерозділене кохання, які накладаються на пресуїцидальний фон особистості. Систематичний аналіз причин підтверджує, що суїцидальний ризик не виникає під впливом одного фактора, а є результатом кумулятивного ефекту внутрішніх вразливостей та зовнішніх кризових подій. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до оцінки ризиків, що враховує як об’єктивні обставини життя молоді, так і їхнє суб’єктивне сприйняття реальності.

4. Профілактична робота соціального педагога з молоддю реалізується за трьома основними напрямами: первинна (загальна просвіта та створення

безпечного середовища), вторинна (робота з «групами ризику») та третинна (кризова допомога та соціальна реабілітація). Ключовим вектором діяльності є формування «антисуїцидального імунітету» через розвиток життєстійкості, емоційного інтелекту та навичок конфліктології. Соціальний педагог виступає координатором (кейс-менеджером), який інтегрує зусилля сім'ї, закладу освіти та громади для створення надійного кільця підтримки навколо молодої людини.

Основними методами профілактики визначено діагностичні моніторинги, інтерактивні тренінги, лекторії для батьків та педагогів, а також індивідуальне консультування. Важливе місце посідає метод створення безпечного освітнього середовища, де мінімізуються фактори приниження гідності та стигматизації. Ефективність профілактичної роботи забезпечується через поєднання групових форм просвіти із адресною допомогою вразливим категоріям молоді, що дозволяє не лише запобігати трагічним випадкам, а й сприяти загальному психосоціальному благополуччю підлітків і студентів.

Таким чином, мета дослідження досягнута, завдання виконані.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаркова А. І. Психологічні особливості суїцидальної поведінки в юнацькому віці. *Вісник Дніпропетровського університету. Психологія*. 2017. Вип. 23. С. 40-48.
2. Аносова А. В., Безпалько О. В., Цюман Т. П. Соціальна робота з вразливими сім'ями та дітьми : посіб. Київ : ОБНОВА КОМПАНІ, 2017. 352 с.
3. Білецька В. В. Девіантна поведінка учнів: форми, прояви, попередження : методичні рекомендації практичним психологам, соціальним педагогам, вчителям загальноосвітніх навчальних закладів. Миколаїв : [б.в.], 2011. 40 с.
4. Блинова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці. *Актуальні проблеми суїцидології*. 2002. Ч. 1. С. 31-33.
5. Вашека Т. В. Програма профілактики суїцидальної поведінки в підлітковому віці. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2005. Т. VII, вип. 6. С. 57-64.
6. Веприцький Р. С., Гладкова Є. О. Групи смерті: що це таке і як уберегти дитину. Харків : ХНУВС, 2017. 14 с.
7. Вівчарик Т. П., Дмитренко А. К. Методи діагностики та формування у молодих жінок установок на самореалізацію. Чернівці : Прут, 1999. 47 с.
8. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки : навчально-методичний посібник. Кропивницький : КЗ «КОПИЮ імені Василя Сухомлинського», 2016. 44 с.
9. Габрієлян А. Е. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків. *Шкільному психологу. Усе для роботи*. 2019. № 2 (122). С. 2-7.
10. Гук О., Гринник І. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків як актуальна соціально-педагогічна проблема. *Молодь і ринок*. 2021. № 2 (188). С. 81-85.
11. Гура С. О. Психологія суїциду. Харків : НУЦЗУ, 2016. 129 с.
12. Димитрова Л. М., Кіхтан Г. О. Причини та соціальні фактори суїцидальної

поведінки підлітків. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право.* 2012. Вип. 2 (14). С. 74-77.

13. Дудник К. В. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків у діяльності соціальних служб. *Нотатки сучасної науки*. 2022. № 3. С. 29.
14. Живаєва Н. Психологічна допомога молоді,яка схильна до суїциду. *Психолог*. 2006. № 1. С.42-44.
15. Ковальчук Т., Гостева Т. Профілактика суїциадальної поведінки старшокласників сільських шкіл. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогіка*. 2015. Вип. 1. С. 28-34.
16. Корнієнко І. О. Суїцид: профілактика та психологічна допомога неповнолітнім суїцидантам : навч.-метод. посіб. Львів : ЛОГППО, 2009. 94 с.
17. Котловий С. А., Сидоренко М. С. Технологія профілактики суїциду серед підлітків у роботі соціального педагога. *Інноваційна педагогіка*. 2019. Вип. 13. С. 129-132.
18. Краснова Н. П., Харченко Л. П. Методика роботи соціального педагога : навч. посіб. Луганськ : Луган. держ. пед. ун-т ім. Т. Шевченка, 2001. 102 с.
19. Лєбєдєв Д. В., Назаров О. О., Тімченко О. В., Христенко В. Є. Психологія суїцидальної поведінки : посібник. Харків : Університет цивільного захисту України, 2007. 368 с.
20. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки : навч. посіб. Чернівці : Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2004. 234 с.
21. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : підручник : у 2 кн. Київ : Либідь, 2004. Кн. 1 : Соціальна психологія особистості і спілкування. 576 с.
22. Павленко С. В. Психологія суїциду. *Молодий вчений*. 2018. № 5 (1). С. 21-26.
23. Поственція суїциду (буліциду): робота з колективом закладу освіти : методичні рекомендації / за ред. С. Л. Чуніхіної, Л. А. Найдьонової, Н. Ф. Умеренкової. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 76 с.
24. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз і

профілактика : методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних педагогів. Київ : КМПУ імені Б.Д. Грінченка, 2005. 43 с.

25. Профілактика деструктивної поведінки підлітків / за ред. Т. Журавель, Ю. Удовенко. Київ : Вид-во ФО-П Буря О.Д., 2022. 144 с.
26. Психологія розвитку особистості у підлітковому та ранньому юнацькому віці / Н. О. Гончарова та ін. Полтава : Астрая, 2018. 342 с.
27. Психологія суїциду : посібник / за ред. В.П. Москальця. Київ : Академія, 2004. 288 с.
28. Рибалка В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. Київ : Шкільний світ, 2009. 128 с.
29. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді : методичні рекомендації. Київ : ІППГЮ АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна», ПП Щербатих О.В. 2007. 68 с.
30. Розанов В. А. Самогубства серед дітей – що відбувається і в чому причина? *Суїцидологія*. 2014. Т. 5. № 4 (17). С. 16-29.
31. Романовська Д., Собкова С. Робота з підлітками, схильними до суїциду. *Психолог.* 2006. № 15 (207). С. 26-29.
32. Сергієні О. В., Костова В. В. Психологічні особливості підлітків, схильних до суїцидальної поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Психологічні науки*. 2016. Вип. 4. С. 199-203.
33. Сидорова А. С. Профілактична робота соціального педагога з асоціальною сім'єю, яка є чинником суїцидальної поведінки дітей підліткового віку. *На урок.* 2019. URL: https://naurok.com.ua/stattya-profilaktichna-robota-socialnogo-pedagoga-z-asocialnoyu-sim-eyu-yaka-e-chinnikom-su-cidalno-povedinki-ditey-pidlitkovogo-viku-111315.html.
34. Соціальна педагогіка : навч. посіб. / за заг. ред. О. В. Безпалько. Київ : Академвидав, 2013. 312 с.
35. Терлюк Л. Особливості суїцидальної поведінки у підлітків: теоретичний аспект. *Студентський науковий вісник*. 2017. № 42. С. 59-62.
36. Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної

поведінки серед дітей та підлітків. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна».* 2012. № 5. С. 200-204.

37. Третинна профілактика суїцидів у закладі освіти: соціально-психологічні технології кризової взаємодії педагогічної спільноти, сім'ї, громади : метод. реком. / за ред. С. Л. Чуніхіної. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 144 с.
38. Трубавіна І. М., Байдала В. І. Соціально-педагогічна профілактика суїцидальної поведінки обдарованих учнів. *Засоби навчальної та науково-дослідної роботи*. 2020. Вип. 54. С. 6-26.
39. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. 260 с.
40. Федосєєва І. В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. *Молодий вчений*. 2016. № 9.1. С. 161-165.
41. Царькова О. В., Работа Т. О. Соціально-психологічні аспекти суїцидальної поведінки підлітків та юнаків. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки.* 2013. Т. 2, вип. 11. С. 312-316.
42. Шевчук О. С. Поведінкові й емоційні патерни в дітей і підлітків із високим рівнем суїцидального ризику. *Проблеми сучасної психології*. 2020. № 1. С. 101-107.