

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ШЕВЧУК ОЛЬГА СЕРГІЙВНА

УДК 159.9.072+616.89-008.441.44+004.358

ДИСЕРТАЦІЯ
ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ПРЕВЕНЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ
ПОВЕДІНКИ ЗАСОБАМИ ІМЕРСИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Спеціальність: 053 Психологія

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття ступеня доктор філософії (PhD).

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

Шевчук О.С. _____

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор,
Крупельницька Людмила Францівна

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Шевчук О.С. Психологічні ефекти превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії (PhD) за спеціальністю 053 Психологія (05 Соціальні та поведінкові науки). Київський національний університет імені Тараса Шевченка.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, 2023.

Суїцидальна поведінка є одним із важливих аспектів психічного здоров'я, який щорічно впливають на мільйони людей, що прямо чи опосередковано стикаються з самогубствами, у різних країнах та культурах. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно в світі від самогубства помирає близько 800 тисяч людей, а ще десятки мільйонів страждають від різних форм психічних станів та проявів, які можуть призвести до суїцидальних думок та суїцидальної динаміки (World Health Organization, 2021). В Україні від 2005 до 2021 року було скоєно 139 тис. 755 випадків, з яких більш ніж 110 тис. становлять чоловіки (Державна служба статистики України, 2022). Факторами ризику самогубства, є, зокрема, психічні розлади, зловживання психоактивними речовинами, проблеми у соціальних взаємодіях та сімейних стосунках, а також специфічні уявлення про суїциди в культурі. Ефективні програми превенції та інтервенцій можуть допомогти зменшити кількість випадків самогубства, особливо, у групах ризику, однак, доступ до психіатричних та психологічних послуг та інфраструктури для їх надання часто обмежений або недостатній, особливо, в країнах з низьким та середнім доходом (World Health Organization, 2021). У свою чергу поступальний розвиток технологій уможлиблює нові форми інтервенцій в сфері психічного здоров'я та

психосоціальної підтримки. Подальші дослідження в сфері імплементації імерсивних технологій в цій сфері, у тому числі, у роботі з суїцидальністю, необхідні для розуміння комплексного характеру факторів, що сприяють суїцидальній поведінці, розробки ефективних доказових стратегій та програм профілактики і втручання.

Метою даного дисертаційного дослідження є встановлення та аналіз психологічних ефектів превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій. Гіпотеза дослідження полягає у тому, що використання імерсивних технологій впливає на асоційовані з суїцидальністю параметри, що сприяє превенції суїцидальної поведінки.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали ідеї теорії флюїдної вразливості (Bryan et al., 2020), яка оцінює базові та гострі агенти суїцидального ризику; концепція терапії імерсивними технологіями та її різновиди (Stanford Medicine. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, б. д.), зокрема із застосуванням технологій віртуальної реальності (Freeman et al., 2017), а також трансляційний підхід (Franklin et al., 2019), який дозволяє переносити практики лабораторних експериментальних досліджень у повсякденне використання в рамках інтервенцій у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Важливим також було проаналізувати і випадки використання технологій віртуальної реальності в контексті суїцидальності (VR Voice, 2018).

На основі проаналізованих джерел було сформовано дизайн експерименту за планом Соломона (Asch, 1951), який містив комбіновані методи оцінювання ефективності інтервенції засобами імерсивних технологій, з необхідними адаптаціями щодо ризиків дослідження суїцидальності. У дослідженні взяли участь 120 осіб, 60 чоловіків та 60 жінок – мешканців Києва, віком від 19 до 64 років, у яких було оцінено зміни в показниках позитивного і негативного афектів, безнадії та

суб'єктивного благополуччя внаслідок використання імерсивних технологій як превентивної інтервенції щодо суїцидальної поведінки.

Було використано Шкалу генералізованого тривожного розладу (GAD-7), Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9), Шкалу оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS), Міжнародний опитувальник травми (ITQ-CPTSD), Опитувальник позитивного та негативного афекту (OPANA), Шкалу безнадії Бека (BHS), Методику «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (BBC-SWB) (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер), напівструктуроване інтерв'ю; а також методи описової статистики, тест Шапіро-Вілка, непараметричний критерій Вілкоксона, параметричний критерій Колмогорова-Смірнова, параметричний Т-критерій Ст'юдента, U-критерій Манна-Уїтні, тест Лівена, d Коена, коефіцієнт рангової кореляції r-Спірмена; множинний регресійний аналіз.

Згідно завдань нашого дослідження експериментальний вплив забезпечувався переглядом 360° відео тривалістю 7 хвилин (ARTE.TV, б.д.), що демонструє природні ландшафти в контексті мистецтва, в окулярах віртуальної реальності Oculus Go Standalone Virtual Reality Headset. Контроль того, чи є отримані зміни у вимірюваних психологічних ефектах результатом саме цієї інтервенції, а не наявності чи відсутності виміру як такого, забезпечувався самою процедурою експерименту, а саме можливістю порівнювати отримані результати до та після експериментального впливу в експериментальних та контрольних групах. Окремо було проаналізовано зв'язки між психологічними ефектами використання імерсивних технологій та параметрами, асоційованими з суїцидальністю.

Ключовими результатами нашого дослідження є те, що в експериментальній групі після перегляду ролику в окулярах віртуальної реальності значно покращилися показники позитивного афекту, що

підкріплюється їх зміною від 27.00 до 32.00 ($Z = -3.008$, $p = 0.003$); рівень безнадії залишився на тому ж рівні за значенням медіани із позначкою 4.00, але показав статистично значущі зміни в бік покращення ($Z = -2.330$, $p = 0.020$); до певної міри покращився рівень фізичного благополуччя зі статистично значущими змінами медіани від 22.00 до 22.50 ($Z = -2.428$, $p = 0.015$) та суб'єктивного благополуччя – з показниками від 82.00 до 83.50 ($Z = -2.415$, $p = 0.016$). Значущо не змінилися показники негативного афекту, хоча і змінилася за показниками від 13.00 до 11.00 ($Z = -1.635$, $p = 0.102$), а також показник благополуччя у стосунках, який залишився стабільним: із позначкою 18.00 ($Z = -0.029$, $p = 0.977$).

На контрасті з цими результатами, показники в контрольній групі після перегляду 360° відео змінювалися менш помітним чином: на рівні статистичної значущості зменшився показник безнадії зі зміною значення від 6.00 до 5.00 ($Z = -2.357$, $p = 0.018$). Зміна ж показників від 27.50 до 30.00 для позитивного ($Z = -1.740$, $p = 0.082$) та від 14.00 до 13.00 для негативного ($Z = -1.943$, $p = 0.052$) афектів виявилася незначущою; так само як і для благополуччя у стосунках та суб'єктивного благополуччя: зі зміною показників від 16.00 до 16.50 ($Z = -1.330$, $p = 0.184$) та від 78.50 до 80.50 ($Z = -1.409$, $p = 0.159$) відповідно.

Таким чином, з аналізу за критерієм Вілкоксона ми бачимо, що статично значущий результат ми отримали в експериментальній групі за показниками позитивного афекту, безнадії, фізичного благополуччя, суб'єктивного благополуччя та в контрольній групі за показником безнадії. Статистично значущого результату ми не отримали в експериментальній групі за показниками негативного афекту, благополуччя у стосунках та в контрольній групі за показниками позитивного афекту, негативного афекту, благополуччя у стосунках і суб'єктивного благополуччя.

За допомогою критерію Ст'юдента було встановлено, що показник психологічного благополуччя в експериментальній групі змінився на рівні статистичної значущості в бік його покращення від 41.40 до 43.30 ($T = -2.394$, $p = 0,023$), на відміну від контрольної групи, в якій він змінився в бік погіршення від 41.30 до 40.00 ($T = 2.129$, $p = 0,042$). Також в контрольній групі не змінилися на рівні статистичної значущості показники фізичного благополуччя: зміни становили від 20.40 до 21.00 ($T = -1.814$, $p = 0,080$).

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що
вперше:

- у межах експериментального дослідження встановлено, що після перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності збільшуються показники позитивного афекту, психологічного, фізичного та суб'єктивного благополуччя, а також зменшуються показники негативного афекту та безнадії;
- в дизайні експерименту ефективність використання перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності комплексно оцінено за допомогою поєднання скринінгових опитувальників та клінічної оцінки методом напівструктурованого інтерв'ю;
- встановлено, що предикторами депресивності, які можуть бути покращені через інтервенцію засобами віртуальної реальності, є негативний афект, безнадія та благополуччя у стосунках.

розширено уявлення про:

- використання імерсивних технологій у галузі психічного здоров'я та психосоціальної підтримки через оцінювання психологічних ефектів опитувальниками та за допомогою

безпосередньої оцінки досліджуваними свого досвіду у віртуальній реальності;

- особливості формування віртуальності в міждисциплінарному контексті.

Практичне значення роботи полягає у тому, що отримані результати можуть бути використані у: а) роботі фахівців, які працюють у галузі охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, лікарями та психологами, у здійсненні превентивних та поствентивних інтервенцій та у наданні послуг, що сприяють підвищенню рівня суб'єктивного благополуччя та психічного здоров'я; б) роботі фахівців технічних спеціальностей, дизайнерів та митців, зайнятих у створенні віртуальних середовищ; в) освітньому процесі закладів вищої освіти при розробці робочих програм та викладанні ряду дисциплін, зокрема, «Клінічна психологія», «Експериментальна психологія», «Апаратні методи психологічної реабілітації та корекції», «Міжпрофесійна взаємодія у галузі охорони здоров'я» тощо.

Результати дослідження впроваджено в роботу КП «Криворізька багатoproфільна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпровської обласної ради (КП «КБЛПД» ДОР») у роботі з групами ризику, які проявляють ознаки суїцидальної поведінки та при розробці комплексних інтервенцій превентивного характеру, які забезпечуються на базі закладу мультидисциплінарними командами фахівців зі сфери психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (довідка про впровадження №2312 від 03.04.2023). Також результати дисертаційного дослідження впроваджено у навчальний процес факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (довідка про впровадження № 016/184-01 від 25.09.2023). Зокрема, результати щодо зміни показників позитивного та негативного афектів, безнадії та суб'єктивного благополуччя після перегляду 360° відео в окулярах

віртуальної реальності використовуються при розробці робочих програм та викладанні дисциплін «Клінічна психологія», «Експериментальна психологія», «Апаратні методи психологічної реабілітації та корекції», «Міжпрофесійна взаємодія у галузі охорони здоров'я» та «Психологічне консультування та психотерапія для окремих категорій клієнтів».

Результати дослідження відображено у 22 публікаціях серед яких 4 статті у фахових наукових виданнях, 1 одноосібний розділ у колективній монографії, 17 тез.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, саморуйнівна поведінка, суїцид, суїцидальний ризик, превенція, профілактика, імерсивні технології, віртуальна реальність, позитивний та негативний афект, безнадія, благополуччя, нервово-психічна стійкість, депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад.

ABSTRACT

Shevchuk O. S. Psychological effects of preventing suicidal behavior through immersive technologies. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation to obtain a Doctor of Philosophy (PhD) degree in programme subject area 053 Psychology (05 Social and behavioral sciences). Taras Shevchenko National University of Kyiv.

Taras Shevchenko National University of Kyiv. Kyiv, 2023.

Suicidal behavior constitutes a pivotal dimension within the realm of mental health, annually affecting millions across diverse countries and cultures, either through direct exposure or indirect influence. The World Health Organization reports an annual global toll of approximately 800,000 suicides, with tens of millions grappling with varied mental states and manifestations predisposing them to suicidal ideation and dynamics (World Health Organization, 2021). In the case of Ukraine, spanning the period from 2005 to 2021, 139,755 incidents were recorded, with over 110,000 involving males, as per data from the State Statistics Service of Ukraine in 2022. Identified risk factors for suicide encompass mental disorders, psychoactive substance abuse, challenges in social and familial interactions, and culturally embedded perceptions of suicide.

Identified risk factors for suicide include mental health disorders, psychoactive substance abuse, challenges in social and familial interactions, and culturally embedded perceptions of suicide. While effective prevention and intervention initiatives hold promise in mitigating suicide rates, especially for the risk groups, accessibility to psychiatric and psychological services, alongside the requisite infrastructure, remains limited or insufficient, particularly in low- and middle-income countries (World Health Organization, 2021). In turn, the advancing landscape of technology introduces novel avenues for interventions in mental health and psychosocial support. Continued

exploration of immersive technologies, particularly their application in addressing suicidality, is imperative for comprehending the intricate array of factors contributing to suicidal behavior. This pursuit is essential for the development of evidence-based strategies and programs for prevention and intervention.

This dissertation research aims to establish and examine the psychological effects of preventing suicidal behavior through the application of immersive technologies. The research hypothesis is that the use of immersive technologies affects parameters associated with suicidality, thereby contributing to the prevention of suicidal behavior.

The theoretical and methodological foundation of this study was formed on the ideas of the fluid vulnerability theory (Bryan et al., 2020), which evaluates basic and acute agents of suicidal risk; and the concept of immersive technology therapy with its various forms (Stanford Medicine. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, n.d.), particularly those involving virtual reality technologies (Freeman et al., 2017), as well as a translational approach (Franklin et al., 2019), which allows transferring the practices of laboratory experimental research into everyday use in the framework of mental health and psychosocial support interventions. The analysis also considers instances of virtual reality technology applications in the context of suicidality (VR Voice, 2018).

Based on the reviewed sources, the experiment was designed following Solomon's plan (Asch, 1951), incorporating a combination of methods to assess the efficacy of interventions by means of immersive technologies, with necessary adjustments regarding the specific risks associated with suicidality research. The study sample involved 120 participants, 60 men and 60 women, residents of Kyiv, aged between 19 to 64, in which changes in indicators of positive and negative affect, hopelessness, and subjective well-being were

assessed as a result of the use of immersive technologies as a preventive intervention for suicidal behavior.

Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Screening Version, International Trauma Questionnaire (ITQ-CPTSD), The Questionnaire on Positive and Negative Affects (OPANA), Beck Hopelessness Scale (BHS), «The Modified BBC subjective well-being scale» (BBC-SWB) (adaptation by L. M. Karamushka, K. V. Tereshchenko, O. V. Kredentser), semi-structured interview were used, as well as descriptive statistics methods, Shapiro-Wilk test, non-parametric Wilcoxon test, non-parametric Kolmogorov-Smirnov test, parametric Student's T-test, Mann-Whitney U-test, Levene's test, Cohen's d, Spearman's rank correlation coefficient; multiple regression analysis.

According to the tasks of our research, experimental exposure was provided by watching a 7-minute 360° video (ARTE.TV, n.d.) showing natural landscapes in the context of art, in virtual reality glasses Oculus Go Standalone Virtual Reality Headset. The control of whether the obtained changes in the measured psychological effects are the result of this intervention, and not the presence or absence of the measurement as such, was provided by the experimental procedure itself, namely the possibility to compare the obtained results before and after the experimental exposure in the experimental and control groups. Relationships between the psychological effects of using immersive technologies and parameters associated with suicidality were also analyzed.

The key results of our study are that in the experimental group, after watching the video in virtual reality glasses, the indicators of positive affect significantly improved, which is supported by their change from 27.00 to 22.00 ($Z = -3.008$, $p = 0.003$); the level of hopelessness remained at the same level at the median value of 4.00, but showed statistically significant changes in the

direction of improvement ($Z = -2.330$, $p = 0.020$); the level of physical well-being improved to a certain extent with statistically significant changes in the median from 22.00 to 22.50 ($Z = -2.428$, $p = 0.015$) and subjective well-being with indicators from 82.00 to 83.50 ($Z = -2.415$, $p = 0.016$). The indicators of the negative effect did not change significantly, although it did change according to the indicators from 13.00 to 11.00 ($Z = -1.635$, $p = 0.102$), as well as the indicator of well-being in the relationship, which remained stable with the mark of 18.00 ($Z = -0.029$, $p = 0.977$).

In contrast to these results, indicators in the control group after viewing the 360° video changed in a less noticeable way. At the level of statistical significance, the hopelessness indicator decreased with a change in value from 6.00 to 5.00 ($Z = -2.357$, $p = 0.018$). The change in indicators from 27.50 to 30.00 for positive ($Z = -1.740$, $p = 0.082$) and from 14.00 to 13.00 for negative ($Z = -1.943$, $p = 0.052$) affects was insignificant; as well as for well-being in relationships and subjective well-being: with a change in indicators from 16.00 to 16.50 ($Z = -1.330$, $p = 0.184$) and from 78.50 to 80.50 ($Z = -1.409$, $p = 0.159$), respectively.

Thus, from the analysis according to the Wilcoxon test, we can see that we obtained a statically significant result in the experimental group on the indicators of positive affect, hopelessness, physical well-being, subjective well-being, and in the control group on the indicator of hopelessness. We did not obtain a statistically significant result in the experimental group on indicators of negative affect, well-being in relationships, and in the control group on indicators of positive affect, negative affect, well-being in relationships, and subjective well-being.

Using the Student's test, it was established that the psychological well-being indicator in the experimental group changed at the level of statistical significance with a tendency to its improvement from 41.40 to 43.30 ($T = -2.394$, $p = 0.023$), in contrast to the control group, in which it changed with a

tendency to deterioration from 41.30 to 40.00 ($T = 2.129$, $p = 0.042$). Also, in the control group, indicators of physical well-being did not change at the level of statistical significance: the changes were from 20.40 to 21.00 ($T = -1.814$, $p = 0.080$).

The scientific novelty of the study is that
for the first time:

- within the framework of the experimental study, it was established that after watching a 360° video in virtual reality glasses, indicators of positive affect, psychological, physical, and subjective well-being increase, and indicators of negative affect and hopelessness decrease;
- the effectiveness of using 360° video watching in virtual reality glasses was comprehensively assessed in the experiment design by a combination of screening questionnaires and a semi-structured interview clinical assessment;
- determined that negative affect, hopelessness, and well-being in relationships are predictors of depressiveness that can be improved through virtual reality intervention.

broadened the understanding of:

- immersive technologies usage in the field of mental health and psychosocial support through the assessment of psychological effects by questionnaires and by direct experiment participants' assessment of their experiences in virtual reality;
- peculiarities of virtuality formation in an interdisciplinary context.

The practical significance of the study is that the obtained results can be used in a) the work of specialists acting in the field of mental health and psychosocial support, by doctors and psychologists, in prevention and postvention interventions, and in the provision of services that contribute to the subjective well-being and mental health improvement; b) the work of

specialists in the technical subject area, by designers and artists engaged in creating virtual environments; c) the educational process of higher education institutions in the work programs development and disciplines provision, in particular: «Clinical Psychology», «Experimental Psychology», «Hardware Methods of Psychological Rehabilitation and Correction», «Interprofessional Interaction in the Field of Health Care», etc.

The results of the study were implemented in the work of the communal enterprise «Kryvyi Rih Multidisciplinary Hospital for Psychiatric Care Provision» of the Dnipro Regional Council (CE «KRMHPCP» DRC») in working with risk groups that show signs of suicidal behavior and in the development of complex interventions of a preventive nature, which are provided based on the institution by multidisciplinary teams of specialists in the field of mental health and psychosocial support (certificate on implementation No. 2312 dated 03.04.2023). Also, the results of the dissertation research were implemented in the educational process at the Faculty of Psychology of Taras Shevchenko National University of Kyiv (certificate on implementation No. 016/184-01 dated 25.09.2023). In particular, the results regarding changes in indicators of positive and negative affects, hopelessness, and subjective well-being after watching a 360° video in virtual reality glasses are used in the development of work programs and providing of the disciplines «Clinical Psychology», «Experimental Psychology», «Hardware Methods of Psychological Rehabilitation and Correction», «Interprofessional Interaction in the Field of Health Care» and «Psychological Counseling and Psychotherapy for Certain Categories of Clients».

The study results are reflected in 22 publications, including 4 articles in professional scientific publications, 1 individual chapter in a collective monograph, 17 conference proceeding papers.

Key words: suicidal behavior, self-destructive behavior, suicide, suicidal risk, prevention, prophylaxis, immersive technologies, virtual reality, positive and negative affect, hopelessness, well-being, neuropsychological stability, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder.

Список публікацій здобувача

Статті у наукових фахових виданнях, затверджених МОН України (одноосібні та у співавторстві)

1. Шевчук, О. С. (2019). Вплив використання соціальних мереж на суїцидальну активність. *Науковий вісник ХДУ. Серія: «Психологічні науки»*: зб. наук. пр. Вип. 3, 159–166. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-3-22>
2. Шевчук, О. С. (2020). Поведінкові й емоційні патерни в дітей і підлітків із високим рівнем суїцидального ризику. *Проблеми сучасної психології: науковий журнал*, 1(17), 101–107. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2020-1-11>
3. Шевчук, О. С., & Крупельницька, Л. Ф. (2023а). Використання імерсивних технологій у роботі з суїцидальністю (на прикладі технологій віртуальної реальності). *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*, 1(17), 83–90. [https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1\(17\).12](https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1(17).12)
4. Шевчук, О. С., & Крупельницька, Л. Ф. (2023b). Превенція суїцидальної активності засобами інтервенцій за посередництва віртуальної реальності. *Психологічний часопис*, 9(5), 16–24. <https://doi.org/10.31108/1.2023.9.5.2>

Одноосібний розділ у колективній монографії

Шевчук, О. С. (2020). Антивітальні переживання як чинник суїцидальних ідецій та суїцидального ризику. У Й. Клоц, & З. Бренда (Ред.), *Вектори розвитку сучасної педагогічної та психологічної науки в Україні та країнах ЄС: колективна монографія, Т.2* (с. 709-726). Riga: Izdevniecība «Baltija Publishing». <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-37-2.2.19>

Тези наукових доповідей

1. Шевчук, О. С. (2019а). Висвітлення суїцидального контенту в соціальних мережах та медіа. У Р. Дуйсенбін та ін. (Уклад.), *«Endless Light in Science»: I Міжнародна науково-практична конференція* (с. 67-72). Нур-Султан, Казахстан.
2. Шевчук, О. С. (2019b). Етика застосування штучного інтелекту для виявлення потенційних самогубць в соціальних мережах. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VI Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 90-93). Київ: ВПЦ «Київський університет».
3. Шевчук, О. С. (2020а). Аспекти реагування на суїцидогенну інформацію у соціальних мережах. *Віртуальний освітній простір: психологічні проблеми: VIII Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція*. <http://www.newlearning.org.ua/content/opublikovano-tezy-viii-mizhnarodnoyi-naukovo-praktychnoyi-internet-konferenciyi-virtualnyy>
4. Шевчук, О. С. (2020b). Використання технологій продукування віртуального контенту у наданні послуг психологічного консультування та психотерапії. У І. В. Данилюк, І. В. Ващенко, & Г. К. Юрчинська (Ред.), *Особистість у життєвих ситуаціях: світові тенденції та національні особливості: Всеукраїнська науково-практична конференція (з міжнародною участю)* (с. 120-122). Київ: Видавництво Ліра-К.
5. Шевчук, О. С. (2020с). Діагностика суїцидальних ідеацій засобами штучного інтелекту. *Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє: Всеукраїнська науково-практична конференція* (с. 39-41). Київ: ЦП «КОМПРИНТ».
6. Шевчук, О. С. (2020d). Доведення до самогубства засобами штучного інтелекту. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VII Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 158-160). Київ.

7. Шевчук, О. С. (2020е). Колізії дотримання принципу конфіденційності за суїцидальних ідеацій у клієнта що отримує послуги консультування в рамках психологічної допомоги. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: XXII Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 263-266). Київ: Видавництво Ліра-К.

8. Шевчук, О. С. (2020f). Суїцидальні ідеації за кіберсоціалізації особистості. У О. І. Власова, Н. М. Дембицька, & Я. Г. Запека (Ред.), *Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства: VII Міжнародна науково-практична конференція* (с. 134-135). Київ: ФОП Ямчинський О. В.

9. Шевчук, О. С. (2021a). Диференційна діагностика суїцидальних ідеацій та парасуїцильних спонукань у диджитальному просторі. *Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє: Всеукраїнська науково-практична конференція* (с. 52-53). Дрогобич: Видавництво «Коло».

10. Шевчук, О. С. (2021b). Етичність дослідження диджитальної трансформації феномену самогубства у віртуальній реальності. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VIII Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 74-75). Київ.

11. Шевчук, О. С. (2021с). Перспективи використання технологій розширеної реальності у ЦОТ. *Регістри стосунків: Толерантність 2.0: Матеріали щорічної конференції секції Центрованої на особистості терапії* (с. 35-39). Київ.

12. Шевчук, О. С. (2021d). Трансдисциплінарні риси дослідження явища самогубства на початку XXI століття. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці:*

результати та перспективи дослідження: XXIII Міжнародна конференція молодих науковців (с. 300-302). Київ: Видавництво Ліра-К.

13. Шевчук, О. С. (2022а). Психологічна діагностика суїцидальних ідеацій внаслідок кризових травматичних подій. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: XXIV Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 244-248). Київ: Видавництво Ліра-К.

14. Шевчук, О. С. (2022b). Робота гуманістичного психотерапевта на деокупованих територіях. У К. Г. Малишева (Ред.), *Регістри стосунків: випробування гуманізму: X щорічна Всеукраїнська конференція секції Центрованої на особистості терапії Української Спілки Психотерапевтів* (с. 31-33). Київ.

15. Шевчук, О. С. (2022с). Робота з самогубствами в центрованому на особистості підході. *Регістри стосунків: Толерантність 2.0: Щорічна конференція секції Центрованої на особистості терапії* (с. 52-56). Київ.

16. Шевчук, О. С. (2023). Урбаністичні та рустикальні контексти у формуванні суїцидальної поведінки. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження. XXV Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 278-281). Київ: Видавництво Ліра-К.

17. Burlachuk, L., & Shevchuk, O. (2021). Specifications of a transdisciplinary study of the suicide phenomenon in virtual reality. *Public health – social, educational and psychological dimension* (pp. 9-10). Lublin, Poland.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРЕВЕНЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ	33
1.1. Суїцидальність як предмет психологічного та міждисциплінарного та вивчення	33
1.2. Підходи до превенції суїцидальної поведінки	43
1.3. Імерсивні технології як засіб превенції суїцидальної поведінки.....	57
Висновки до розділу 1	71
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМЕРСИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК ЗАСОБУ ПРЕВЕНТИВНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ ЩОДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	73
2.1. Концептуальна модель та дизайн дослідження	73
2.2. Процедура експериментального дослідження психологічних ефектів превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій	82
2.2.1. Опис дослідницької вибірки	82
2.2.2. Обґрунтування вибору методик емпіричного дослідження	85
Висновки до розділу 2	95
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЕФЕКТІВ ПРЕВЕНЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЗАСОБАМИ ІМЕРСИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	97
3.1. Аналіз результатів експерименту за планом Соломона.....	97
3.1.1. Порівняння ЕГ1 та КГ1	97
3.1.2. Порівняння ЕГ2 та КГ2	104
3.2. Аналіз зв'язків між досліджуваними психологічними ефектами... 112	
3.2.1. Кореляційний аналіз досліджуваних показників.....	112
3.2.2. Аналіз предикторів депресії.....	123

3.2.3. Аналіз результатів спостереження за учасниками експерименту та наданого зворотного зв'язку	130
3.3. Обговорення результатів експерименту в міждисциплінарному контексті.....	146
Висновки до розділу 3	183
ВИСНОВКИ	185
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	188
ДОДАТКИ	211

Список умовних скорочень

3ST – трикрокова теорія самогубства

AI – штучний інтелект

AR – доповнена реальність

BHS – Шкала безнадії Бека

C-SSRS – Шкала оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету

FVT – теорія флюїдної вразливості

GAD-7 – Шкала генералізованого тривожного розладу

IMV – інтегрована мотиваційно-вольова теорія самогубства

IPTS – інтерперсональна теорія самогубства

MR – змішана реальність

NA – негативний афект

PA – позитивний афект

PHQ-9 – Опитувальник пацієнта про стан здоров'я

RW – благополуччя у стосунках

VR – віртуальна реальність

VRT – терапія віртуальною реальністю

ЕГ – експериментальна група

КГ – контрольна група

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

СР – суїцидальний ризик

ВСТУП

Актуальність дослідження. Суїцидальна поведінка є одним із значущих аспектів психічного здоров'я, яке щорічно впливає на мільйони людей, що прямо чи опосередковано стикаються з самогубствами, у різних країнах та культурах. Особа, що померла внаслідок самогубства, може впливати цим актом не лише на своє найближче оточення, а і на соціум у більш широкому контексті, наприклад, сприяючи формуванню кластерних самогубств. Саме тому, доцільні заходи превенції та поственції від ключових соціальних акторів та стейкхолдерів можуть значно сприяти і покращенню загального показника суспільного здоров'я.

Аналізуючи статистичні дані, наведені Всесвітньою організацією охорони здоров'я, щорічно в світі від самогубства помирає близько 800 тисяч людей, а ще десятки мільйонів страждають від психічних станів та проявів, які можуть призвести до суїцидальних думок та суїцидальної динаміки (World Health Organization, 2021). В Україні від 2005 до 2021 року було скоєно 139 тис. 755 випадків, з яких більш ніж 110 тис. становлять чоловіки (Державна служба статистики України, 2022). Деякі соціально-економічні наслідки невдалої спроби самогубства у молодому віці можуть бути оцінені у меншій на \$4134 заробітній платі (Orri et al., 2021).

Факторами ризику, які часто пов'язані з самогубствами, є, наприклад, психічні розлади, зловживання алкоголем та наркотиками, соціальні та сімейні проблеми, а також культуральні уявлення про суїциди. Ефективні програми превенції та інтервенцій можуть допомогти зменшити кількість випадків самогубства, особливо, у групах ризику, однак доступ до психіатричних та психологічних послуг та інфраструктури для їх надання часто обмежений або недостатній,

особливо, в країнах з низьким та середнім доходом (World Health Organization, 2021).

У свою чергу, поступальний розвиток технологій уможливорює нові форми інтервенцій у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Технології віртуальної та доповненої реальності до 2023 р. мають потенціал додати \$1,5 трильйона до світового ВВП, уже маючи показник у \$46.4 мільярди в 2019 р. (PwC, 2019).

Вони також вже широко використовуються у площині різних закладів охорони здоров'я, клінік та центрів, які послуговуються імерсивними технологіями, включаючи віртуальну реальність, для роботи з такими запитами як: розлади настрою, тривожні розлади, посттравматичні стресові розлади тощо (VR Voice, 2018). Подальші дослідження в сфері імплементації імерсивних технологій в сферу психічного здоров'я, у тому числі, у роботі з суїцидальністю, необхідні для розуміння комплексного характеру факторів, що сприяють суїцидальній поведінці, розробки ефективних доказових стратегій та програм профілактики і втручання.

Вивчаючи роботу з суїцидальністю та превенцію суїцидальної поведінки, багато авторів концептуалізують суїцидальну поведінку, описуючи її у різних теоретичних моделях (Joiner, 2005; Klonsky, May, & Saffer, 2016; O'Connor, & Kirtley, 2018; Bryan et al., 2020) та впроваджують імерсивні технології у практику сфери психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (Stanford Medicine. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, б. д.; VR Voice, 2018).

Тим не менш, поки недостатньо вивченими залишаються такі питання, як: особливості реагування на віртуальну реальність, зокрема, вплив досвіду перебування у VR на фізичне та психічне здоров'я особистості, можливі виражені ефекти за інтенсивного використання, довготривалі наслідки тощо. Додаткові дослідження потрібні і щодо

аналізу того, як VR змінює контакт між терапевтом/іншим фахівцем у сфері ментального здоров'я та клієнтом/пацієнтом, яким чином це впливає на ефективність терапії тощо.

Тому існує потреба у вивченні підходів, які дозволяють імплементувати імерсивні технології в сферу психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в контексті превенції суїцидальної поведінки. Поточний стан наукової розробки, соціальне та практичне значення проблеми зумовили вибір теми дисертаційного дослідження – «Психологічні ефекти превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана в межах наукового напрямку досліджень кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка «Психологічні виміри якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у контексті сучасних викликів» (державний реєстраційний номер 0123U101902). Тему дисертаційного дослідження затверджено (протокол № 5 від 21 листопада 2019 року) та уточнено (протокол № 11 від 23 березня 2023 року) на засіданні Вченої ради факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Об'єктом даного дослідження є суїцидальна поведінка.

Предметом дослідження є психологічні ефекти превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій.

Мета роботи – встановити та проаналізувати психологічні ефекти превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій.

Завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення суїцидальності та використання імерсивних технологій як засобу превенції суїцидальної поведінки.

2. Розробити дизайн експерименту щодо виявлення психологічних ефектів превенції суїцидальної поведінки, який містить комбіновані методи оцінювання ефективності інтервенції засобами імерсивних технологій, та адаптувати його до ризиків дослідження суїцидальності.

3. Оцінити зміни у показниках позитивного і негативного афектів, безнадії та суб'єктивного благополуччя внаслідок використання імерсивних технологій як превентивної інтервенції щодо суїцидальної поведінки.

4. Проаналізувати зв'язки між психологічними ефектами використання імерсивних технологій та параметрами, асоційованими з суїцидальністю.

Експериментальна гіпотеза: перегляд 360° відео в окулярах віртуальної реальності здійснює вплив на асоційовані з суїцидальністю параметри.

Теоретико-методологічна основа дослідження: ідеї теорії флюїдної вразливості (Bryan et al., 2020), яка оцінює базові та гострі агенти суїцидального ризику; концепція терапії імерсивними технологіями та її різновиди (Stanford Medicine. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, б. д.), зокрема із застосуванням технологій віртуальної реальності (Freeman et al., 2017), а також трансляційний підхід (Franklin et al., 2019), який дозволяє переносити практики лабораторних експериментальних досліджень у повсякденне використання в рамках інтервенцій у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Важливим також було проаналізувати і випадки використання технологій віртуальної реальності в контексті суїцидальності (VR Voice, 2018).

Для розв'язання поставлених завдань використано такі методи дослідження:

- теоретичні (узагальнення та систематизація теоретичних джерел за досліджуваною тематикою),

- емпіричні: експеримент, спостереження, а також опитувальники Шкалу генералізованого тривожного розладу (GAD-7), Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9), Шкала оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS), Міжнародний опитувальник травми (ITQ-CPTSD), Опитувальник позитивного та негативного афекту (OPANA), Шкала безнадії Бека (BHS), Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (BBC-SWB) (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер), напівструктуроване інтерв'ю;
- методи математико-статистичної обробки даних: методи описової статистики, тест Шапіро-Вілка, непараметричний критерій Вілкоксона, параметричний критерій Колмогорова-Смірнова, параметричний Т-критерій Ст'юдента, U-критерій Манна-Уїтні, тест Лівена, d Коена, коефіцієнт рангової кореляції r-Спірмена, множинний регресійний аналіз.

Організація дослідження та емпірична база. Етичний дозвіл на проведення цього дослідження було надано Комітетом з етики наукових досліджень факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка від 29 серпня 2022, реєстраційний номер № 08-22/2.

Експеримент проводився у березні 2023 року. Експериментальну процедуру було організовано за планом істинного експерименту, а саме планом Соломона (Asch, 1951), в якому співвідносяться результати чотирьох еквівалентних груп. Вибірку склали 120 осіб, мешканці Києва, 60 чоловіків та 60 жінок, віком від 19 до 64 років. Набір учасників здійснювався шляхом розміщення оголошень через платформи Telegram та Facebook.

Дві експериментальні та дві контрольні групи було сформовано з використанням рандомізації та утворено з 15 чоловіків і 15 жінок (всього

30 осіб в групі). Процедура передбачала присутність експериментатора для проведення інструктажу щодо використання окулярів віртуальної реальності (VR) та, за необхідності, надання необхідної кваліфікованої підтримки, пов'язаної з потенційними ризиками досвіду у VR (наприклад, виявами симптомів кінетозу, чи так званої симуляційної хвороби). Безпосередній збір даних проводився в онлайн-опитувальнику, створеному на основі платформи Google, перед початком заповнення якого кожен та кожна давали інформовану згоду про участь у дослідженні.

Експериментальний вплив забезпечувався шляхом використання моделі VR-окулярів Oculus Go Standalone Virtual Reality Headset та переглядом 7-хвилинного ролика (ARTE.TV, б.д.), що демонструє природні ландшафти в контексті мистецтва. Напівструктуроване інтерв'ю з учасниками експерименту проводилося в усній формі.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що
вперше:

- у межах експериментального дослідження встановлено, що після перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності збільшуються показники позитивного афекту, психологічного, фізичного та суб'єктивного благополуччя, а також зменшуються показники негативного афекту та безнадії;
- в дизайні експерименту ефективність використання перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності комплексно оцінено за допомогою поєднання скринінгових опитувальників та клінічної оцінки методом напівструктурованого інтерв'ю;
- предикторами депресивності, що можуть покращені внаслідок впливу інтервенціями засобами віртуальної

реальності, позначено такі як негативний афект, безнадія та благополуччя у стосунках.

розширено уявлення про:

- використання імерсивних технологій у галузі психічного здоров'я та психосоціальної підтримки через оцінювання психологічних ефектів опитувальниками та за допомогою безпосередньої оцінки досліджуваними свого досвіду у віртуальній реальності;
- особливості формування віртуальності в міждисциплінарному контексті.

Практичне значення роботи полягає у тому, що результати проведеного дослідження можуть бути застосовані у роботі центрів психічного здоров'я та психосоціальної підтримки; лікарями та психологами у здійсненні інтервенцій щодо превенції суїцидальної поведінки та покращення асоційованих з суїцидальністю параметрів. При викладанні дисциплін «Патопсихологія», «Клінічна психологія», «Психодіагностика», «Клінічна психодіагностика», «Експериментальна психологія», «Апаратні методи психологічної реабілітації та корекції», «Міжпрофесійна взаємодія у галузі охорони здоров'я», «Психологічне консультування та психотерапія для окремих категорій клієнтів».

Результати дослідження впроваджено в роботу КП «Криворізька багатoproфільна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпровської обласної ради (КП «КБЛПД» ДОР») у роботі з групами ризику, які проявляють ознаки суїцидальної поведінки та при розробці комплексних інтервенцій превентивного характеру, які забезпечуються на базі закладу мультидисциплінарними командами фахівців зі сфери психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (довідка про впровадження №2312 від 03.04.2023).

Також результати дисертаційного дослідження впроваджено у навчальний процес факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (довідка про впровадження № 016/184-01 від 25.09.2023). Зокрема, результати щодо зміни показників позитивного та негативного афектів, безнадії та суб'єктивного благополуччя після перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності використовуються при розробці робочих програм та викладанні дисциплін «Клінічна психологія», «Експериментальна психологія», «Апаратні методи психологічної реабілітації та корекції», «Міжпрофесійна взаємодія у галузі охорони здоров'я» та «Психологічне консультування та психотерапія для окремих категорій клієнтів».

Апробація. Основні теоретичні аспекти та напрацювання щодо розгляду результатів емпіричного дослідження доповідалися на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень» (м. Київ, 13-14 листопада 2019 р.), на VII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Одеса, 7-8 грудня 2019 р.), на I Міжнародній науково-практичній конференції «Endless Light in Science» (м. Нур-Султан, Казахстан, 11-13 грудня 2019 р.), на II міжнародній науково-практичній конференції «Міжнародні консультації: співпраця заради реформ у системі охорони психічного здоров'я» (м. Київ, 6-7 лютого 2020 р.), на XXII Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 23 квітня 2020 р.), на VIII Міжнародній науково-практичній Інтернет-конференції «Віртуальний освітній простір: психологічні проблеми» (м. Київ, 15 травня-15 червня 2020 р.), на Всеукраїнській науково-практичній конференції (з міжнародною участю) «Особистість у життєвих ситуаціях: світові тенденції та національні особливості» (м. Київ, 22 травня 2020 р.), на

Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє» (м. Київ, 9-10 жовтня 2020 р.), на VII Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень» (м. Київ, 12-13 листопада 2020 р.), на VII Міжнародній науково-практичній конференції «Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства» (м. Київ, 12-13 листопада 2020 р.), на VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Дніпро, 5-6 грудня 2020 р.), на XXIII Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 22-23 квітня 2021 р.), на VII Міжнародній науково-практичній конференції «Охорона здоров'я – соціальні, освітні та психологічні виміри» (м. Люблін, Польща, 17 липня 2021 р.), на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє» (м. Київ, 21-22 жовтня 2021 р.), на VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень» (18-19 листопада 2021 р.), на IX Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Київ, 4-5 грудня 2021 р.), на XXIV Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 21-22 квітня 2022 р.), на X Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Київ, 10-11 грудня 2022 р.), на XXV Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 20-21 квітня 2023 р.).

Результати дослідження відображено у 22 публікаціях серед яких 4 статті у фахових наукових виданнях, 1 розділ у колективній монографії, 17 тез.

Особистий внесок здобувача: у статтях «Використання імерсивних технологій у роботі з суїцидальністю (на прикладі технологій віртуальної реальності)» та «Превенція суїцидальної активності засобами інтервенцій за посередництва віртуальної реальності» написаних у співавторстві з Крупельницькою Л. Ф., особистим внеском Шевчук О. С. є концептуалізація, розробка методології (50%), написання оригінальної чернетки (85%), аналіз та інтерпретація результатів дослідження.

Структура та обсяг роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 204 найменування (з них 160 – іноземними мовами), 3 додатків. Робота містить 12 рисунків та 11 таблиць. Обсяг основного тексту дисертаційної роботи складає 165 сторінок. Повний обсяг роботи – 219 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРЕВЕНЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ У ВІРТУАЛЬНОМУ ПРОСТОРІ

1.1. Суїцидальність як предмет психологічного та міждисциплінарного та вивчення

Суїцидологія як наукове дослідження суїцидальної поведінки, причин суїцидальності та суїцидальної превенції є міждисциплінарною галуззю. Різні підходи до вивчення численних аспектів суїцидальності становлять собою окремі площини у даному предметному полі. Суїцидальність – це ризик самогубства, який зазвичай проявляється суїцидальними думками або намірами, які стають особливо очевидними за наявності добре сформованого суїцидального плану (APA Dictionary of Psychology, 2018).

Термін «суїцидальність» зазвичай використовується в літературі як такий, що містить якийсь із наступних аспектів або поєднує їх: (1) суїцидальні ідеї (думки про самогубство), (2) суїцидальні плани або наміри, (3) спроби самогубства та (4) спроби самогубства, які спричинили травми та/або потребують медичної допомоги (Marshall et al., 2011). Такі прояви можуть спостерігатись як у психічно здорових, так і психічно хворих осіб, що можуть підпадати під вплив суїцидогенних чинників: індивідуально-психологічних, соціальних, культурно-історичних, економічних, релігійних, екологічних, естетичних, ситуаційних моментів тощо (Klonsky, May, & Saffer, 2016).

Також автори зазначають (там же), що різні параметри у багатьох дослідженнях виявляють зв'язок з показниками суїцидальності і ризику самогубства. Тим не менш, виявлені зв'язки потребують додаткового аналізу та врахування додаткових параметрів.

Зокрема, депресія вважається одним з найсильніших предикторів суїцидальних ідеацій, але, з іншого боку, вона не розрізняє тих, хто здійснював суїцидальні спроби, від тих, хто мав суїцидальні думки без суїцидальних спроб.

Безнадійність є сильним предиктором суїциду та спроб суїциду. З іншого боку, рівень прогнозу, який виявлено у дослідженнях, досить невеликий: йдеться про показник кореляції не більше 0,2. Встановлено також, що показники безнадійності та депресії є вищими у тих, хто мав суїцидальні ідеації. Ці ж показники не є вищими у тих, у кого були спроби самогубства, в порівнянні з тими, у кого виявлялись лише суїцидальні ідеації (там же).

Серед чинників суїцидальної поведінки також значне місце відводиться імпульсивності. Вона може розглядатись як один з провідних факторів ризику суїцидальних спроб. Цей параметр бачиться важливою умовою переходу від суїцидальних переживань, думок, ідей до планів самогубства та відповідної їх реалізації, або ж безпосередньо до суїцидальних дій без етапу попереднього планування.

Щодо українського локального контексту у лонгітюді від 2005 до 2021 року маємо статистичні дані з ресурсів Опендатабот (2021) та сайту Державної служби статистики України (2022а). Сумарна кількість осіб, що позбавили себе життя методом самогубства, складала 139 755 випадків, з яких більше 110 тисяч складають чоловіки. Із року в рік спостерігалася тенденція до зниження кількості випадків навмисного самоушкодження.

Наразі найбільш актуальною інформацією для оцінки тенденцій кількості самогубств в Україні є дані сайту Державної служби статистики щодо кількості померлих за причинами смерті у січні 2022 року, де на кодування «навмисне самоушкодження» (X60-X84), яким позначають самогубства в натовді ще широко використовуваному МКХ-10 (англ. *ICD-*

10), припадає 389 випадків (Державна служба статистики, 2022b). За аналогічний період у січні 2021 року було 433 випадки (Державна служба статистики, 2022a), що могло свідчити про посилення тенденції до зниження кількості самогубств. Подальший аналіз статистичних закономірностей щодо кількості самогубств в Україні на даному етапі ускладнений початком повномасштабного російського вторгнення у лютому 2022 року та наслідками пандемії COVID-19.

Поетапність розвитку дослідження суїцидальності можна прослідкувати на прикладі класичної роботи авторства Еміля Дюркгайма «Самогубство. Соціологічний етюд», вперше опублікованої у 1897 році, яка доступна нині у різних передруках та перекладах. Аналізуючи статистичні дані щодо рівнів самогубств, Дюркгайм віднайшов певні закономірності щодо ступеню інтеграції та регуляції індивіда в соціумі, які пояснювали отримані дані краще, ніж, скажімо, масштабні прояви психофізіологічних розладів.

Один з різновидів самогубств, який він виділяв на основі критерію регуляції, ним було названо аномічний, тобто такий, що спричинений відчаєм через пануючий хаос у суспільстві, противагою якому є фаталістичний вид (за надмірних утисків). Власне поняття аномії, яке в оригіналі сформоване ним у монографії «Про поділ суспільної праці» 1893 року, було введене для позначення повної чи часткової руйнації морального порядку та форм цього процесу (як от за часів перехідних періодів, реформ, катаклізмів і под.).

У подальшому сама за собою концепція аномії була використана, наприклад, вже у дослідженнях у царині психіатрії, де, зокрема, було виділено так звану аномічну депресію, що зустріло критику з боку соціологів. Вони наголосили на тому, що в дослідженнях, які послуговуються першочергово соціологічним терміном для опису емпіричних результатів у психіатрії, важливим є врахування не лише

доцільності щодо отриманих даних, але і доказового обґрунтування суміжної імплементації теоретичних здобутків як соціології, так і психіатрії (Deflem, 1989).

Прикладом влучної імплементації надбань з суїцидології у міждисциплінарній площині, що якісно впливають на суспільне здоров'я, є спроби регуляції висвітлення інформації щодо завершених актів самогубств у медіа. Зокрема, широко відомими є ефект Вертера (Phillips, 1974) – сугестивний ефект медіа, що призводить до копіювання та наслідування висвітлених особливостей скоєного суїцидального акту, з подальшим формуванням подібних самогубств, близьких за ознаками часу, обраного методу чи територіальних уподобань (кластерних самогубств). Філіпсом та його послідовниками у ключі соціологічних розвідок було сформовано гіпотезу моделі дози: чим більша частота документальних медіа повідомлень про самогубство отримана реципієнтом інформації, тим більшим є ризик імітації висвітленої інформації.

Вона була перевірена, до прикладу, в Австрії у середині 1980-х років за збільшення кількості самогубств на залізниці та у метрополітені, коли було зменшено частоту та змінено якість відповідних повідомлень (18 щодо поодинокого випадку було врегульоване до такої ж кількості, але за 7 років), а у Австралії від 2001 року ведеться систематичний моніторинг медіа на замовлення і за фінансування Міністерства охорони здоров'я цієї країни з метою оптимізації репортажів про самогубства (Pirkis et al., 2009).

Показником успішності подібних регулюючих практик може виступати те, що з моменту їх введення у цих країнах відносні показники кількості самогубств за даними ВООЗ зменшилися чи трималися на низькому рівні (World Health Organization, б. д.).

Відповідні практики були застосовані і в Україні, а саме Національною радою України з питань телебачення і радіомовлення було запропоновано Спільний акт узгодження №2 «Висвітлення засобами масової інформації теми суїциду» від 22.11.2017 року (Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення, б.д.б), який за чотири роки, станом на початок березня 2021 року, за обговорення результатів, показав, що також важлива цілеспрямована саморегуляція медіа щодо сформованих правил (Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення, б.д.а).

Регуляторами проявів суїцидальності часто виступають пануючі уявлення соціуму та часу і місця, в якому опиняється людина. Амбівалентність ставлення до самогубства відображено як і в уявленнях традиційних культур, так і в текстах і уявленнях античної філософії, які дійшли до нашого часу.

Зокрема, у своїй статті Кубрак (2016) стверджує, що на думку Платона, який вважав стосунки душі і тіла доволі складними, ідеальним є існування саме після смерті, оскільки тоді можливе досконале буття. Водночас з тим, він же стверджує, що розум дається людині саме для того, щоб переносити життя, яке повне страждань і смутку. Сократ у діалозі «Федон» надає перевагу смерті перед життям, але табує самогубство як таке, оскільки життя людини залежить від богів. Проте за умов коли боги вказують на необхідність самовбивства, то добровільна смерть дозволена і пов'язана з безсмертям душі.

Контекст історії філософії адресується до питання життя та смерті, і відповідно до самогубства, як центральної проблеми філософії у роботах Камю, Сартра та Гайдеггера. Кубрак (там же), аналізуючи роботи Камю, стверджує, що для нього, відповідь на фундаментальне питання філософії – це вирішити чи варто жити життя, і тому є лише одна насправду серйозна проблема – самогубство.

Культурна та етнографічна площина як такі також формують ставлення до самогубства. У дохристиянський період і деякий час співіснуючи з ним, контрверсійність естетизації самогубства у народних уявленнях можна проілюструвати амбівалентними міфічними образами, які виникають у фольклорі щодо того, на що перетворюються душі самогубців. Кубрак (там же) описує, що спектр коливається від русалок – молодих привабливих дівчат з розпущеним зеленим волоссям, риб'ячими хвостами, які вночі, граючи, співають біля річок, до богинок – старих жінок, з підвислими грудьми, кривавими ногами, роздутими животами та чорними ікластими зубами, які викрадають та топлять людей.

Традиційні народні уявлення та повір'я, пов'язані з суїцидами, визначали похоронно-поминальну обрядовість та ставлення до місць погребіння. Наприклад, за матеріалами етнографічних експедицій Галайчука та Солопа (2019) на території Волині та Полісся дочасне завершення життя і досі вважається одним із найгірших вчинків, давність таких уявлень також реєструється на рівні фразеології. Поховальна процесія скромна та відбувається з особливими апотропеїчними (обереговими) діями – померлого транспортують на бороні, ховають поза кладовищем чи у цвинтарному рові (так зване «осляче поховання»), часто замість хреста закидуючи могилу гілками чи камінням. Кубрак (2020) підтверджує це, наводячи приклад заборони ховати на території церкви чи цвинтаря тіла самогубців, вказані у требнику Петра Могили (XVII ст.) та в «Інструкції Патріарха Адріана попівським старостам або благочинним доглядачам від 26 грудня 1697 року».

В контексті теології Задорожний (2022) розглядає суїцид як феномен, ставлення до якого є амбівалентним та почасти максимально суперечливим. До 80-х років XX ст. самогубство у християнстві засуджувалося та вважалося одним із найтяжчих гріхів і натепер строго засуджується представниками православної та греко-католицької церкви,

проте римо-католицька церква до певної міри пом'якшує свою позицію щодо цього питання.

Кубрак (2020) розділяє поміж собою законодавче переслідування самогубства у світській та церковній площинах. Вперше будь-яке переслідування самовбивць законом було скасовано у часи Французької революції XVIII століття, найдовше ж воно трималося до 1961 року у Великій Британії.

У своїх розвідках кримінологія адресується до статті 120 Кримінального кодексу України «Доведення до самогубства» (Кримінальний кодекс України, 2023), яка визначає, на думку Орловського та Фокіна (2020), ряд детермінантів щодо скоєння самогубства: зовнішню (загальносоціальну та кримінально-правову) та внутрішню (особистісну та біологічну) підгрупи.

На думку цих же авторів, є також і інші суміжні за характером схиляння до суїцидальної поведінки детермінанти, окрім описаних у статті 120 КК України статті: булінг, сімейне насильство, релігійний вплив тоталітарних деструктивних сект. Корнієнкова (2019) також зазначає проблемність диспозицій цієї статті, за якою кримінальна відповідальність відсутня щодо таких діянь як підкуп, обман та інші форми сприяння вчиненню самогубства. Авторка також вказує специфіку кримінологічного погляду на самогубства, що не може бути охоплене поняттям «вбивство», оскільки вчиняється не безпосередньо винним, а в опосередкованому характері власне потерпілим.

На думку Луценко та Хайрулліної (2021), динаміка розвитку права людини актуалізує питання легалізації асистованого самогубства (евтаназії), що може гарантувати право людини на гідне існування на етапі завершення її життя.

Проте враховуючи ризики зловживання добровільним відходом із життя, прискорюючи біологічну смерть, варто розглянути створення

таких прецедентів у країнах, де це легалізовано, з метою побудови гуманного суспільства, визнання права людини на смерть та забезпечення його реалізації. Нині в Україні тлумачення права на життя не допускає його розширеного розуміння і позбавляти людину життя на її прохання є поза законом і вважається злочином, криміналізоване та розглядається як зумисне вбивство (Шкуро, 2017).

Важливість умов та контексту у розвитку суїцидальної поведінки доволі яскраво ілюструють надбання літературознавства. Зокрема, Нестелєєв (2010) приходить до висновку, що самогубство персонажів у міській прозі є культурно-історичним феноменом, де міська локація та її деталі є простором існування, що до певної міри виступають фактором активізації аутодеструктивних тенденцій та чинником суїцидального акту. Причинами актуалізації суїцидальної поведінки виступають: а) гендерна своєрідність процесу завоювання міста представником іншого локусу (доцентровий акт); б) конфлікт внутрішнього та зовнішнього просторів персонажа як суїцидогенний чинник (інцентровий акт); в) мотивування аутоагресії впливом маргінального локусу (відцентровий акт).

Часопросторові кластеризації самогубства визначають необхідність дослідження та статистичного аналізу окремих кейсів, з деталізацією зв'язку окремої людини та широкого контексту середовища, в якому вона перебувала (Niedzwiedz et al., 2014).

Кластеризація більше притаманна для суїцидальної поведінки осіб віком менше 25 років, що до певної міри більш сприйнятливі до ефектів соціального зараження за розповсюдження інформації про суїциди публічно, особливо у соціальних мережах (Hawton et al., 2020; Шевчук, 2020g). За дослідженням Шевчук (2019a; 2019b; 2020b), соціальні мережі можуть виступати як суїцидогенним, так і протективним фактором.

Ставлення до самогубства варіює також і маючи за орієнтир причину таких поведінкових актів у біології та/чи психології людини. Тривалий час у медичних розвідках самогубство було ознакою психічного розладу чи асоційованим з ним. У XX ст. з розвитком суїцидології Shneidman (1985) у своїй роботі «Визначення самогубства», яка зараз вважається класичною, було описано спільні риси самогубства для осіб будь-якого віку.

Їх було виділено на основі клінічної практики та описано конкретні форми цілеспрямованого втручання щодо них. Серед спільних ознак наводяться: 1) пошук рішення як мета; 2) призупинка свідомості як ціль; 3) психологічний біль як стимул; 4) фрустровані психологічні потреби як стресор; 5) безнадія та безпорадність як емоційний фон; 6) амбівалентність як інтерналізоване ставлення щодо самогубства; 7) звуження як когнітивний стан; 8) втеча як дія; 9) комунікація інтенції як комунікативний інтерперсональний акт; 10) послідовність у самогубстві як позиттєвому копінг-патерні.

У психологічних дослідженнях суїцидальності зазвичай враховуються як індивідуальні, так і соціальні контексти (Klonsky, May, & Saffer, 2016; Nock et al., 2008; O'Connor, & Nock, 2014). Нині достатньо публікацій, у яких висвітлено певні предиктори суїцидальної поведінки (O'Reilly, & Rosato, 2015; Sher, 2020). До найчастіше згадуваних у літературі предикторів суїцидальної поведінки належать розлади афективної сфери, переживання психотравмуючих подій, вживання/залежність від психоактивних речовин; релігійність зазначається у якості протективного фактора (Klonsky, May, & Saffer, 2016).

Це підтверджується даними, отриманими на вибірці українських студентів (Burlaka et al., 2021). За результатами цього дослідження, поширеність суїцидальних ідеацій протягом життя становить 26,13%.

При цьому, 5,45% мають принаймні одну спробу самогубства протягом життя.

Також встановлено, що рівень суїцидальних ідеацій протягом життя позитивно корелює з показниками вживання алкоголю та марихуани, наявністю клінічної межі депресії та віком. Суїцидальні ідеації виявились частішими у осіб жіночої статі. Спроби самогубства корелюють з клінічним рівнем депресії та високим рівнем вживання марихуани.

Специфіка роботи з самогубствами осмислюється та відображена у класичних та сучасних роботах у різних напрямках психотерапії: психоаналітичному та динамічному (Stekel, 1910; Freud, 1917; Klein, 1935; Menninger, 1938; Bowlby, 1977; Asch, 1980; Stern, 1985; Litman, 1996; Litman, & Swearingen, 1996; Maltsberger, & Buie, 1980; Ogden, 1984; Adams, 1985; Kind, 1999; Bell, 2001; Apter, 2004; Jenkins et al., 2002; Holmes, 2010; Briggs et al., 2019; Schechter et al., 2022); когнітивно-біхевіоральному (Beck, 1967; Beck, Weissman, & Kovacs, 1976; Beck, & Emery, 1985; Ingram, & Kendall, 1986; Mann, 2003; Joiner, 2005; Ellis, 2006; Rudd, 2006; Silverman et al., 2007; Wittouck et al., 2014; Rathus, Miller, & Linehan, 2017; Bryan, 2019; Wu et al., 2022); гуманістичному та екзистенційному (Greenberg, & Watson, 1998; Leenaars, 1988; O'Connor et al., 1999; Mearns, 2000; Raskin, & Rogers, 2005; Klonsky et al., 2011; Lewis, & Hasking, 2021; Akbari et al., 2023).

Дотримання чи/або порушення принципу конфіденційності психологом-консультантом та психотерапевтом за суїцидальних ідеацій у особи є комплексним рішенням згідно об'єктивних норм (законодавства, етичного кодексу тощо) в кожному конкретному кейсі (Шевчук, 2020f). Безпосередні дії або бездіяльність, які можуть призводити до важких наслідків для життя особистості (наприклад, з ризиком летального наслідку), зокрема, коли клієнт/пацієнт може

усвідомлювати свої дії та змінювати свою поведінку з метою позбавлення себе життя, як правило потребують порушення принципу конфіденційності та звернення до відповідальних контактних осіб, згідно встановленого розпорядку. Важливою є не лише робота з потенційним суїцидентом, а і робота з психологами-консультантами та психотерапевтами клієнти/пацієнти яких скоїли суїцидальну спробу (Шевчук, 2022с).

1.2. Підходи до превенції суїцидальної поведінки

Сучасне формування погляду на самогубство результується в поєднанні заходів з уможливлення розуміння та здійснення підтримки потенційного суїцидента та його близьких, що виступає комплексом дій щодо завершеного суїцидального акту у вигляді превенції (до) та поственції (після). Суміжна до цього стигматизація, яка виражається у негативному ставленні до тематики суїцидів, призводить як до утруднення взаємодії з інформацією про самогубства, так і до стигматизації фахівців, що працюють з цією сферою поведінкових проявів, та осіб, що вдалися чи намагалися вдатися до зумисного позбавлення себе життя.

Впровадження превентивних практик щодо самогубства часто має за передумову концепцію цінності людського життя – людина від народження отримує природні права (право на життя, волю, свободу думки тощо), які базуються на принципі універсального та невідчужуваного характеру природної рівності людей.

Та такі твердження щодо непорушних свобод і юридичних можливостей не є універсальними чи справедливими у ряді культур та спільнот, в яких самогубство, в індивідуальному чи груповому форматі, навпаки, може навіть бути традиційно обумовленим і наслідуваним у часі в інших формах. Наприклад, сеппуку в середньовічній Японії як

ритуальне самогубство способом розрізання живота мечем, що було останнім доказом чесності серед самурайського стану, у часи перебігу Другої світової війни було трансформоване у те, що японські пілотикамікадзе сприймали за честь суїцид способом підриву ворожої цілі своїм літаком.

Ціннісні передумови та базиси до збереження чи то позбавлення життя можуть виступати різними, та тенденції сучасного постіндустріального глобалізованого суспільства можуть уможливлувати конкретні практичні аналітичні аргументи, виражені у статистиці та економічних наслідках, що можуть виступати універсальною домінантою для запровадження політик превенції самогубств для світського типу держав поруч із декларованими загальнолюдськими цінностями.

Індивідуальний рівень благополуччя окремо взятої людини та соціуму в цілому багато в чому залежить від константності та варіативності сучасного суспільства та рівня вимог, які воно висуває до особистості. Соціальна структура суспільства та соціальна інтеграція людини є вагомими факторами впливу на адаптивний та дезадаптивний характер її поведінки. Порушення процесу соціалізації та відірваність особи від суспільства може спричинити формування суїцидальної поведінки та набувати проявів від антивітальних переживань до завершеного акту самогубства (Шевчук, 2020h).

Деякі результати досліджень у сфері політик охорони здоров'я з наведенням економічних та епідеміологічних наслідків самогубств проілюстровано, наприклад, у публікації авторства Doran та Kinchin (2020), які аналізували суїциди серед молоді віком 15-24 роки в країнах з найвищим рівнем людського розвитку (Німеччина, США, Канада тощо). Таким чином, 6 912 випадків суїцидів у 2014 році в цих країнах призвели до втрати 406 730 років життя та коштували \$5,53 млрд утраченого

економічного доходу, а середня вартість самогубства оцінюється у \$802 939.

Дослідження, спрямоване на визначення довготривалих соціально-економічних ефектів у дорослому житті у осіб, які вдалися до спроб самогубства у молодому віці, авторства Orri et al. (2021) показало, що такі люди мають меншу щорічну заробітну плату (на \$4134), меншу суму заощаджень на пенсію (на \$1387) та більший ризик отримання державної допомоги.

Вивченням суїцидальності та її превенції на теренах України завчасто описують у контексті роботи з групами ризику: військовослужбовцями (Сиропятов та ін., 2021; Древіцька та ін., 2022); підлітками та особами молодого дорослого віку (Сахарова, 2021; Рябчич, 2021; Riabchych, & Karpan, 2021; Вашека, 2023); особами з психічними захворюваннями (Bashynskyi, Pyliagina, Fradelo, 2022).

Суїцидальна поведінка — це такий прояв суїцидальної активності, який має на меті результувати у завершеному суїцидальному акті. В рамках суїцидальної поведінки суїцидальна активність прогресує від початкових стадій малоусвідомлених внутрішніх форм до практичної реалізації суїцидальних дій.

Виділяють 3 етапи динаміки суїцидальної активності: пресуїцидальний етап, етап реалізації суїцидальних дій та постсуїцидальний етап (Шевчук, 2020а). У свою чергу, внутрішні форми суїцидальної активності це: антивітальні переживання, суїцидальні думки, суїцидальні задуми та суїцидальні наміри. Зовнішні форми — суїцидальні спроби та завершений суїцид. Важливим є дослідження не лише зовнішніх форм, а і внутрішніх, адже саме на пресуїцидальному етапі йде значна внутрішня боротьба, відбувається пошук сенсу існування в умовах які склалися і т.д.

Отже, своєчасна діагностика та кваліфікована допомога, подана в цей період, могли би бути найбільш важливими елементами профілактики самогубств.

Доволі важливим є дослідження антивітальних переживань, які можуть виступати початковою формою внутрішньої динаміки суїцидальної поведінки та за певних умов розвиваються у інші форми, часом результуючи у зовнішніх формах, таких як завершений суїцидальний акт (Шевчук, там же). З розвитком суїцидальної динаміки ризик суїциду збільшується, проте, він достатньо низький на етапі антивітальних переживань до спрацювання тригеру, що спровокує подальшу суїцидальну активність.

Варто зазначити, що доступність контакту, хоч і знижується, але, рідко припиняється повністю і може бути можливою навіть в період скоєння аутоагресивних дій. Ефективність терапевтичного впливу буде у великій мірі залежати від досвіду спеціаліста та психологічного стану суїцидента.

Суїцидогенні фактори можна умовно розділити на три групи за тривалістю існування, відношенням до особистості суїцидента та іншими параметрами (Шевчук, там же). Перша група, індивідуально-особистісні характеристики людини, є найбільш стійкою. Уже в рамках цих характеристик можливе несприятливе поєднання феноменів, що обумовлюють замах на самогубство. Однак частіше індивідуально-особистісні особливості виступають як детермінанти суїцидальної поведінки тільки при наявності певної соціально-психологічної ситуації, окремі характеристики якої також можуть ставати провідним суїцидогенним фактором (друга група). Нерідко основний фактор виникнення суїцидальних намірів і їх реалізації визначається фактом наявності стану, який сам по собі стає причиною суїциду. Таким чином,

саме стан (що виникає у певної людини в певних умовах) є третьою групою факторів.

Всі три групи факторів беруть участь у формуванні суїцидальної поведінки, проте, в кожному випадку їх «питома вага» може бути різною. Всі суїцидогенні чинники – і індивідуальні, і ситуаційні, і статусні – впливають на формування суїцидальної поведінки тільки через особистість суїцидента.

Якщо говорити про індивідуально-особистісні характеристики людини, то велике значення має духовний зміст особистості, її ціннісні орієнтації та установки.

Наприклад, істотне обмеження кола значущих цінностей внаслідок будь-якого несприятливого впливу може призвести до втрати цінності життя взагалі. У той же час і багатство духовного змісту, і різноманіття значущих цінностей не захищають особистість від формування детермінант суїциду.

Існує думка, що людина може вбити себе внаслідок інстинкту самозбереження: якщо будь-яке несприятливий вплив може зруйнувати сформовану структуру «Я» з усім його духовним змістом, то саме інстинкт самозбереження цілісності цього «Я» може зумовити такий «вихід з глухого кута». У рамки так званих «світоглядних» суїцидів нерідко потрапляють і самогубства, вчинені хворими на шизофренію. У цих випадках суїцид може бути обумовлений змістом психіки, аутистичністю мислення і особливостями емоційного реагування, і формуватися без участі реальної соціально-психологічної ситуації. Однак в більшості своїй суїциди, детерміновані змістом особистості, відображають і якусь несприятливу ситуацію, і їх безпосереднє мотивування цілком може носити виключно ситуативний характер. У цій же групі варто згадати і роль «суїцидальних архетипів», що стали широко відомими і обговорюваними самогубствами. Під «синдромом Вертера»

(Phillips, 1974) в даний час розуміють соціально-психологічний вплив того чи іншого самогубства на частоту і інші параметри суїцидальної поведінки.

Поряд з детермінантами суїцидальної поведінки, що носять переважно світоглядний характер, в суїцидогенезі існують суїцидогенні фактори індивідуально-особистісного регістру, що відображають не стільки зміст переживань, скільки особливості безпосереднього психічного функціонування.

Кожен автор і кожен дослідник пропонує власний список особистісних особливостей, які корелюють з суїцидальною поведінкою. Залежно від конкретної ситуації певний комплекс цих особливостей може бути основною причиною суїциду або предиспозицією до нього. Останній варіант передбачає обов'язкову наявність ситуаційного чинника і пов'язаного з цим мікросоціального конфлікту, що визначають причини і мотиви суїцидальної поведінки.

Друга група детермінант суїцидальної поведінки включає ситуаційно-особистісні характеристики обставин, пов'язаних із замахом на самогубство. При цьому несприятлива соціально-особистісна ситуація, яка існує на момент суїциду, знаходить безпосереднє відображення в мотиваційній складовій суїцидальної поведінки і в більшості випадків розглядається як основна причина самогубства. Однак мотив, пов'язаний з цією ситуацією, може бути підмінений мотивуванням пов'язаним з безпосереднім приводом.

Під безпосереднім приводом часто розуміють найближчу до суїциду подію, що грає роль останньої краплі. В основі соціально-психологічної ситуації, що призводить до суїциду лежить конфлікт – інтерперсональний, інтраперсональний або змішаний. Загальним фактом є те, що соціально-психологічна ситуація, що породила конфлікт, суб'єктивно переживається як безвихідь. Ця нерозв'язність ситуації часто

визначається «призмою індивідуальної свідомості». Особистісні особливості суїцидента не дозволяють змінювати самі складові конфлікту (компроміси і інші способи зняття напруги), тому вихід з «глухого кута свідомості» бачиться тільки в припиненні існування однієї зі сторін. Інші можливі варіанти вирішення конфліктної ситуації розцінюються як неприйнятні.

Найбільш часто в якості провідних мотивів самогубства на перше місце ставлять особистісно-сімейні конфлікти. На другому місці по частоті знаходяться мотиви, які визначаються станом здоров'я. Сюди входять особи з психічними та соматичними захворюваннями і каліцтвами (число останніх значно менше).

Слід врахувати, що значна частина осіб з соматичними захворюваннями або каліцтвами може здійснювати суїцид і з мотивів, пов'язаних з особистісно-сімейними конфліктами, а те чи інше захворювання виступає як супутній фактор. Нерідко суїцидальну поведінку може бути пов'язано з фактом постановки важкого діагнозу при відсутності відповідної психотерапевтичної роботи. Коефіцієнт летальності за мотивами суїцидів, пов'язаних з соматичними захворюваннями, істотно вище, ніж при психічних.

Серед інших конфліктів, що визначають мотивацію суїцидальної поведінки, часто згадуються пов'язані з антисоціальною поведінкою, роботою, навчанням, матеріально-побутовими труднощами (в більш молодому віці – пов'язані з підвищеним рівнем домагань, в зрілому і літньому – з об'єктивними матеріальними труднощами), різкою зміною середовища проживання.

Третя група – статусно-особистісні суїцидогенні чинники. Зрозуміло, що і індивідуальні, і ситуаційні фактори призводять до виникнення стану, в якому людина здійснює самогубство, але в цих

випадках воно детерміноване причинами, що відносяться не лише до описаних вище груп.

В окремих випадках суїцид пов'язаний безпосередньо з характером стану, що розвивається внаслідок того чи іншого впливу ситуації на особистість. Наприклад, депресія, що з'явилася в результаті ситуаційного впливу у особистості з тими чи іншими особливостями, в подальшому може розвиватися за своїми законами, і тяжкість психопатологічної симптоматики стає провідною причиною формування суїцидальної поведінки. Нерідко саме стан стає рушійною силою при самогубстві осіб, які страждають на шизофренію.

Характер психологічної допомоги особистості з антивітальними переживаннями та аутоагресивною поведінкою визначається ступенем вираженості та особливостями переживання кризи ідентичності особистості, ведучими патернами поведінки, які можна визначити з урахуванням характеристик конфлікту ідентичності, структурних особливостей та патерну побудови міжособистісних стосунків.

Кризова допомога полягає у формуванні нових ефективних методів та стратегій долаючої поведінки, специфічних для кожної особистості з урахуванням її індивідуально-психологічних особливостей та досвіду. Глибокі знання фахівця, що надає допомогу з вищезазначеної проблематики, дозволяють бути більш стійким та ефективним при побудові терапевтичних стосунків, що розширює можливості терапевтичного альянсу.

Суїцидальний ризик (СР) – це ступінь ймовірності виникнення суїцидальних мотивів, формування суїцидальної поведінки і здійснення суїцидальних дій.

Вираженість СР можна визначити шляхом зіставлення суїцидогенних і антисуїцидальних факторів особистості, а також ступенем впливу особистісно-ситуаційних (характер і значимість

суїцидогенного конфлікту) і середовищних (соціально-демографічних) факторів (Posner et al., 2007). Розрізняють такі варіанти СР: 1) гострий: висока ймовірність здійснення суїцидальних дій (пресуїцидальний період може бути «миттєвим»), слід розглядати як невідкладний стан; 2) хронічний: тривале існування терапевтично резистентних суїцидальних переживань, не усунених після скоєння суїцидальної спроби.

Оцінка СР може виступати частиною загальної оцінки ризиків у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Негативні інциденти та їх наслідки, учасниками яких стали пацієнти/клієнти та надавачі послуг у сфері психічного здоров'я, могли би бути попереджені за рахунок управління ризиками та корекцією очікувань (Szmukler, & Rose, 2013).

Розуміння ймовірності ескалації ризикованих ситуацій та прогнозування є необхідними навичками клініцистів, клінічних психологів та психотерапевтів, особливо у роботі з групами ризику (Swanson, 2008).

Робота з суїцидальністю це комплексне завдання, яке постає перед фахівцями сфери та почасти відрізняється від традиційних практик, несе більші ризики для довіри у стосунках між пацієнтами/клієнтами та спеціалістами, а також може порушувати етичні принципи справедливості та певним чином дискримінувати осіб із психічними розладами (Ducher, & Llorca, 2022).

Комплексність питання оцінки СР та асоційованих з ним параметрів може бути проілюстрована проспективним дослідженням Rokorny (1983), яке констатувало, що 96,3 % предикторів високого СР були хибно позитивними і більше ніж половина самогубств, відбулася у групі з низьким СР, яка була попередньо хибно оцінена негативно. Сукупність факторів, яка була попередньо визначена суїцидогенною, не давала визначити точного предиктора майбутньої суїцидальної спроби. У 1993

році Rokorny переглянув своє дослідження і повторно проаналізував когорту з 4800 пацієнтів за допомогою логістичної регресії, але результати продовжували відображати велику кількість хибних передбачень.

Наступні проспективні дослідження, наприклад, дослідження армії США щодо оцінки ризику та стресостійкості військовослужбовців, також показало високий відсоток помилково позитивних прогнозів високого ризику, і що більше половини самогубств сталося у групі низького ризику, і отже, оцінки були помилково негативними (Nielssen, Wallace, & Large, 2017).

Таким чином, превенція суїцидальної поведінки має відбуватися не лише на основі оцінки СР, а організована у інший спосіб, згідно актуальних стандартів у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Сучасні теорії концептуалізують та операціоналізують дослідження суїцидального ризику у континуумі «ідеація – дія», що розрізняє поміж собою окремо розвиток суїцидальних думок та поведінки від ідей до дій, серед них: теорія флюїдної вразливості (англ. *fluid vulnerability theory* – FVT), інтерперсональна теорія (англ. *Interpersonal Theory* – IPTS), інтегрована мотиваційно-вольова модель (англ. *Integrated Motivational Volitional Model* – IMV), трикрокова теорія (англ. *Three Step Theory* – 3ST) тощо.

Теорія флюїдної вразливості (FVT) — це підхід до розуміння суїцидальної поведінки та формування суїцидального ризику у когнітивно-поведінковій психології (Bryan et al., 2020).

Згідно цієї теорії, існують базові та стабільні фактори СР (наприклад, загальна схильність до скоєння суїциду, попередні суїцидальні спроби, наявність в анамнезі психологічної травми, негативна самооцінка), а також актуальні та гострі фактори СР

(наприклад, емоційна дисрегуляція, суїцидальна ідеація, почуття безнадії, гострий стан в моменті тут-і-тепер).

З огляду на це, СР здатен коливатися у часопросторовому контексті та залежати від сукупності різних факторів. Відповідно, тригером до розвитку суїцидальної поведінки, можуть виступати як і зовнішні (наприклад, розрив стосунків), так і внутрішні (наприклад, суїцидальний задум) феномени. СР може бути знижений підвищенням рівня вираженості протективних факторів: копінгів, соціальної підтримки, роботі з психологом-консультантом чи психотерапевтом. Саме увага до темпоральних та динамічних характеристик СР якісно вирізняє FVT від інших теорій.

Відповідно до FVT, після зниження пікового СР (наприклад, після суїцидальної спроби), особа повертається до «вихідної точки» вразливості, тобто свого базового рівня СР, який визначається її життєвим досвідом та умінням обходитися з ним.

Навпаки, інші теорії, такі як IPTS, IMV та 3ST, більше зосереджуються на конкретних факторах або механізмах, які сприяють розвитку суїцидальних думок або переходу від думок до дій. Наприклад, IPTS (Joiner, 2005) припускає, що суїцидальні бажання виникають через взаємодію між сприйманням людиною обтяжуючих її факторів та порушеним почуттям приналежності.

Інтегрована мотиваційно-вольова модель (IMV) (O'Connor, & Kirtley, 2018) пропонує багатоетапну модель, що включає фактори: 1) премотиваційні (загальна вразливість людини і її схильність до самогубства, на яку впливає генетика, риси особистості, життєва історія тощо); 2) мотиваційні (розвиток суїцидальних думок, на який впливає почуття поразки, приниження тощо); 3) вольові (власне перехід від ідей до дій, на який впливає доступ до летальних засобів, здатність до самогубства тощо).

Модель було розроблено на основі визнання того, що самогубство характеризується складною взаємодією біологічних, психологічних, середовищних та культурних чинників. Актуальною проблемою суїцидології згідно цієї теорії є те, що важливо визначити не лише те, у кого розвинулися суїцидальні думки, а і те, хто діятиме відповідно до таких думок і за яким умов. Центральна передумова IMV: фактори, пов'язані з розвитком суїцидальних думок/намірів, відрізняються від тих, що керують переходом від суїцидальних думок до суїцидальних спроб/суїциду.

За трикроковою теорією (3ST), думки про самогубство є результатом поєднання болю (зазвичай, психологічного болю) і безнадії (Klonsky, May, & Saffer, 2016).

Ключовим протективним фактором виступає почуття приналежності і зв'язку з кимось чи чимось, особливо, для осіб, які відчують сильний біль, безпомічність та безпорадність. Перехід від ідеї до дії з розвитком CP в 3ST є комбінацією взаємовпливу диспозиційних, набутих і практичних факторів, що результуються у підвищенні здатності до скоєння спроби самогубства.

Практики комплексної превенції суїцидальності у суспільстві, як правило, включають підвищення обізнаності громадськості про самогубство та CP, з метою ідентифікації ознак суїцидальності у собі чи в оточуючих, і підвищення розуміння та готовності звернутися за допомогою (Krishnamoorthy et al., 2023). Це може досягатися також за рахунок проведення публічних заходів: 1) скринінгу у різних соціальних інституціях, особливо там, де могло б розвиватися кластерне самогубство (заклади освіти, медичні, робочі тощо); 2) едукативних заходів з фахівцями для отримання достовірної та перевіреної інформації; 3) навчальними семінарами для фахівців, з метою підвищення рівня

компетенцій та навичок, необхідних для роботи з тематикою суїцидальності.

Іншим інструментом контрольованого поширення інформації та нормалізації звернення за підтримкою можуть виступати медіакампанії для широкої аудиторії у ЗМІ та в соціальних мережах (Krishnamoorthy et al., там же). Також свою ефективність показало поінформовання про алгоритм дій за надзвичайних ситуацій та/чи за підвищення СР, а також щодо телефонів гарячих ліній, які спеціалізуються на роботі з такими запитами та групами ризику (наприклад, цілодобова лінія Lifeline Ukraine за номером 7333). Консультанти таких ліній можуть надати необхідну емоційну підтримку та розробити план дій для убезпечення потребуючого. Своєчасність допомоги та нормалізація звернення є ключовими ідеями такого типу інтервенцій.

Класичними в контексті превенції залишаються заходи щодо підвищення загального благополуччя особистості, зокрема лікування психічних розладів, які асоційовані з суїцидальною поведінкою (афективні розлади; розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин тощо) (Krishnamoorthy et al., там же).

Також, важливим є обмеження доступу до летальних засобів (вогнепальної зброї, ліків і т. п.) для потенційних суїцидентів, що може значно знизити СР.

За ситуації, коли суїцидальна спроба відбулася, важливим є комплекс заходів, який полегшує наслідки та запобігає подальшим. Поственція самогубства може включати підтримку осіб, які втратили близьку людину внаслідок самовбивства (наприклад, робота з горюванням, проговорення суперечливих почуттів у безпечному середовищі).

Стримати процес глобального поширення інформації про самогубство або спробу суїциду практично неможливо з огляду на те, що люди спілкуються один з одним в будь-який час за допомогою різних мультимедійних електронних пристроїв (комп'ютерів, смартфонів тощо) і онлайн-соціальних мереж.

Зокрема, той, хто скоїв самогубство, або спробу самогубства, може бути другом в соціальних мережах (навіть якщо знайомство могло і не бути особистим, проте, спілкування могло відбуватися в форматі обміну повідомленнями в мережі), однокласником/одногрупником/колегою тощо.

Неефективно і утримувати людей від вираження своїх почуттів у зв'язку з такою глибокою подією. Тому найкращий спосіб це управляти впливом події, яка мала місце – спробувати брати участь в процесі того, як відбувається передача та якої саме інформації серед учасників спільноти, наприклад, інформувати про: 1) можливості для отримання підтримки, яка доступна для осіб, що стикнулися із самогубством, наприклад, від психологічних служб тощо; 2) місцеві служби підтримки психічного здоров'я та їх контакти; 3) номери телефонів довіри, агентств та служб допомоги; 4) ресурси онлайн-підтримки та ресурси для психічного здоров'я.

Окремим типом інтервенцій щодо суїцидальності виступають кризові. Вони здійснюються щодо осіб, які знаходяться у гострому стані та потребують негайної підтримки. Поза вищезгаданим форматом гарячих ліній, також є варіації підтримки у формі: а) мобільних груп, які здійснюють втручання на локації де є потребуюча особа, самотійно діставшись до неї (Шевчук, 2022b); б) кризові центри, які надають різний спектр послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (консультування психологів, лікарів та соціальних працівників, базова

медикаментозна терапія тощо); в) відділення невідкладної допомоги, які можуть надати негайну медичну та психіатричну підтримку.

Типовий усереднений алгоритм кризової інтервенції (Bryan et al., 2017; Шевчук, 2022а): 1) встановлення рапорту; 2) дослідження актуальної для особистості ситуації; 3) сфокусування на основних ключових питаннях та аспектах; 4) розробка опції та плану дій (ситуативна допомога, переправлення до відповідного кваліфікованого фахівця та т. ін.); 5) завершення конкретного контакту з людиною, дійшовши висновків та конкретних дій, які можна впровадити в життя. Ключовим є те, що за необхідності фахівці цих сервісів можуть перенаправити до більш вузькоспеціалізованої інституції чи фахівця, або поінформувати про іншу доцільну підтримку (індивідуальні консультації, групи підтримки тощо) та як її отримати.

1.3. Імерсивні технології як засіб превенції суїцидальної поведінки

Доступність якісно нових технічних рішень сприяла уможливленню нових форматів інтервенцій у сфері психосоціальної підтримки. На макрорівні суміжними є також процеси розвитку цифрових технологій, які на сучасному етапі низкою дослідників (Hermann et al., 2016) від 2011 року концептуалізовано як четверту індустріальну революцію (англ. *Industry 4.0*), яка описує специфіку проектування систем в умовах підвищеної конкурентоздатності як і постіндустріального суспільства, так і теперішнього цифрового оснащення. Комп'ютери та інформаційні технології, які на момент 1970-х років стали початком третьої індустріальної революції, яку ще називають «цифровою» за рахунок переходу від аналогових до цифрових засобів, що і уможливило глобалізацію, натеper формують нові ключові принципи дизайну систем і досліджень з імплементацією технологій: взаємодію, віртуалізацію,

децентралізацію, можливості реального часу, орієнтацію на сервіс та модульність.

Технологізм часто заміщує природність людських проявів. Нова соціальна реальність диктує умови чіткого планування та проектування своєї діяльності, що може призводити до пошуку технологій та алгоритмів там, де має бути безпосередність людської натури, а не технічний пристрій (Шевчук, 2020h). Принципи раціоналізації, ефективності, дисциплінованості, корисних знань та навичок тощо, визначають особливості поведінки і мислення людей. Тобто, з одного боку, людина може творити себе та має нові прояви свободи, а з іншого – конструює та програмує. Таким чином, свобода людини творити себе в технологізованому суспільстві радше полягає у свободі слідування вже існуючим стандартам та алгоритмам (або створеним іншими людьми програмам).

Метаморфози цифрової реальності вносять свої корективи у тенденціях проведення та обробки досліджень, чого зазнали, зокрема, й соціальні та поведінкові науки. Розвиток таких технологій як-то: штучний інтелект, віртуальна реальність, машинне навчання, розуміння природної мови, аналіз тональності тексту та інших – дозволяє використовувати їх як інструментарій у дослідженнях, а не лише як середовище чи дотичні до нього елементи для їх проведення.

Наочна та опосередкована диджиталізація феномену самогубства ставить кардинально нові питання або проявляє нові аспекти у вже існуючих проблемах, одним із яких можуть виступати компоненти етичності деяких методологій та методів із використанням вищезазначених технологій (Шевчук, 2021b).

Вченими проводяться дослідження як безпосередньо суїцидальності у віртуальній реальності, так і прямо чи опосередковано дотичних до цієї тематики аспектів. Наприклад, вивчення потенційного

формування метамови із прогресивним ускладненням мемів може також стосуватися і бути справедливим і для мемів суїцидальної тематики та їх розповсюдження на широкий загаль, так і специфічних мемів у тих спільнотах, поза якими вони є незрозумілими.

Тому гіпотетично можна перевіряти виявлені закономірності адаптації візуальних схем гетерогенного контексту, що проявляють себе у патернах вперше виявлених еволюційним біологом Річардом Докінзом (Dawkins, 1976) та упереджених щодо суїцидальності, а саме: реплікація (наприклад, використання інакших мовленнєвих форм); варіативність (наприклад, зміна закономірностей у висвітленні діалогів суїцидального контенту у відеорядах із супровідним текстом) та відбір (наприклад, поруч із загальними традиційними останнього часу набув популярності так званий ЛСП-тренд, що сформувався від популярності пісні суїцидогенної тематики, яку довелося вибірково обмежувати у доступі, щоб не виникав ефект Стрейзанд). Формування методології дослідження у будь-якому разі має сприяти пізнанню без значного перетворення дійсності, що має свою специфіку у контексті суїцидальності.

Представленість особистості у віртуальному просторі, наприклад, через оновлення інформації про себе в онлайн-соціальних мережах, сприяла появі такого явища як кіберсамогубство, коли людина видаляючи свої акаунти чи облікові записи, фактично «помирає», але зазвичай частина слідів її активності все одно залишається у кіберпросторі. Крім того, в Інтернет-середовищі має свою презентацію і реальне самогубство, що частіше за все пов'язана з контентом, який висвітлює суїцидальні ідеї, або, скажімо, безпосередньо зображає методи відходу від життя і реальні спроби самогубства (наприклад, відомі випадки трансляції самогубств на Facebook Live).

Крізь призму біопсихосоціальної моделі, суїцидальні ідеації у віртуальному просторі можуть впливати на кожну із сфер людського життя. Окрім класичних досліджень груп смерті та формування рекомендацій щодо розміщення інформації про самогубства для журналістів, цікавим є вивчення копінг-стратегій сучасної особистості, які можуть включати у себе пошук інформації у критичному стані, що може передувати самогубству.

У такий спосіб, те, що віднаходить людина, може виступати як ресурсом підтримки, так і фактором тиску на неї. За деякими дослідженнями суїцидальні патерни поведінки певної особи у Інтернет-просторі з активним висловлюванням суїцидальних думок можуть сприяти генезі внутрішніх форм суїцидальної активності. Так, формування уявлення про те, що нові соціальні норми, іміджі, агенти впливу тощо диджитального простору можуть бути/є відмінними від реального простору, може дати ряд нових можливостей. Гіпотетично, часом саме завдяки кіберсоціалізації особистість може відділити «несправжність» своїх суїцидальних думок та трансформувати їх у віртуальному просторі, навіть не даючи їм подальшого розвитку у просторі реальному.

З клінічної точки зору, важливим є усвідомлення та простеження відмінностей між суїцидальною спробою та парасуїцидальними самопошкодженнями, що можуть бути зовнішньою формою динаміки поведінки, у той час, як ідеації та спонукання є відповідними аналогами внутрішньої динаміки (Шевчук, 2021а).

Суїцидальна спроба характеризується наступними ознаками: 1) наявний намір позбавити себе життя; 2) емоційний стан: часто присутні хронічні відчуття безнадії, безпомічності та переживання самотності; 3) форми самопошкоджуючої поведінки, більш важкі та загрозливі для життя (отруєння, повішання, стрибки, використання вогнепальної зброї);

4) ризик повтору суїцидальних спроб високий, але з меншою частотою ніж несуйцидальних самопошкоджень; 5) спроба може бути імпульсивною.

На противагу цьому парасуйцидальне самопошкодження (або як його ще згадують у літературі «зумисне самопошкодження», «зумисне спричинення собі шкоди», «несуйцидальне самопошкодження», адже така поведінка не є суїцидальною по суті) має наступні властивості: 1) наміру позбавити себе життя не має або він нечітко усвідомлюється; 2) емоційний стан: гостра злість, відчай та нестерпний дистрес; 3) форми самопошкоджуючої поведінки менш тяжкі, часто не смертельні (нанесення собі ударів, опіків, обморожень чи порізів на шкірі); 4) рецидив несуйцидальних самопошкоджень доволі часто спостерігається; 5) здебільшого індивід розуміє, що поведінка може нести за собою серйозні, але не смертельні пошкодження. Дослідження та виявлення конкретних специфічних проявів вищезазначених характеристик у диджитальному просторі потребує подальшого опрацювання у трансдисциплінарному підході.

Використання технологій у превенції суїцидальної поведінки удосконалюється з плином часу та розвитком потенціалу матеріально-технічного оснащення.

Наприклад, штучний інтелект (англ., *artificial intelligence* – AI) вже використовували у соціальних мережах для виявлення потенційних самогубців. Facebook, з 2017 року використовують алгоритми, що аналізують зображення, відео та текстовий контент з метою виявлення потенційно суїцидогенних наративів (Mark Zuckerberg, 2017; Шевчук, 2019с; Шевчук, 2020d).

Такого заходу було вжито, оскільки розміщення потенційно суїцидогенного матеріалу продовжувалося, а послуговуватися виключно закликком до підтримки людей у скрутному становищі не було

ефективним. У німецьких в'язницях з 2020 року було впроваджено експеримент з використання AI у системах стеження для покращення виявлення потенційних суїцидентів серед ув'язнених. Навчання AI у цьому випадку полягало у демонстрації за посередництва відеокамер засобів та поведінки, які характерні для самогубства в окремих кімнатах. Необхідність впровадженні AI була спровокована потребою в автоматизації частини процесів, на які бракувало достатньої кількості фахівців.

Відповідно ми маємо програми, які прямо орієнтовані на роботу із суїцидогенним контентом, і які можуть стикатися з ним опосередковано. Перед використанням таких програм вони мають проходити попереднє тестування. В одному із таких тестувань було виявлено, що AI може доводити людину до самогубства (Шевчук, 2020e). Певною мірою AI який був використаний у цьому кейсі є вузьким, отже призначеним і прописаним для однієї конкретної задачі, відповідно інші він вирішувати не може.

Враховуючи, що це чат-бот, слід зазначити, що він є так званим слабким AI, тобто таким, який лише демонструє розумну поведінку, хоча і може видаватися, що це спілкування із реальною людиною. Отже, наприклад, варто прописувати більше варіантів взаємодії, або залучати кваліфікованих фахівців у кейсах роботи із самогубствами. Окремо також корисним є розміщення SOS-кнопок та контактів екстрених служб допомоги і підтримки.

Зазначене вище суголосо до позиції Європейської комісії висвітленої у документі «Європейські медіа у диджитальному десятилітті: план дій щодо підтримки відновлення та трансформації» (European Commission, 2020), в якому зазначено, що імерсивний досвід високої якості уможливить нові способи взаємодії зі спільнотами у різних галузях, серед яких і охорона здоров'я, культура, освіта, медіа тощо.

Візія потенційних синергій використання імерсивного контенту вимагає ґрунтовного дослідження, адже подальша імплементація технологій неминуча і, наприклад, за оцінками PwC (2019) віртуальна та доповнена реальність до 2030 року мають потенціал додати \$1,5 трильйона до світового ВВП, вже маючи показник у \$46,4 мільярди в 2019 році.

Відповідно в аналітиці існуючих практик та перспектив застосування диджитальних та імерсивних технологій, варто враховувати як загальні тенденції до їх розвитку, так і те, як ці тенденції відображаються у сферах, де їх використовують.

У нашому подальшому огляді ми хотіли б сфокусуватися на імерсивних технологіях, а саме на віртуальній реальності та тенденціях щодо їх вжитку в інтервенціях у сфері психічного здоров'я та психо-соціальних послуг, які спрямовані на роботу з суїцидальністю та превенцію суїцидальної поведінки.

Імерсивні інформаційні технології охоплюють широкий спектр апаратного і програмного забезпечення, яке реалізує імерсивні обчислення (англ. *immersive computing*), обчислення з присутністю (англ. *computing with presence*), фізичні обчислення (англ. *physical computing*), перцепційне обчислення (англ. *perceptual computing*) та змішану або імерсивну реальність.

Визначення «імерсивний» у даному випадку позначає «у багатьох напрямках, з одночасним впливом на людину за допомогою декількох каналів сприйняття (зір, слух, дотик, нюх)» (IT-Enterprise, б. д.).

Різномірні терміни, що позначають один і той самий технологічний принцип, часто є необхідністю щодо дотримання авторських прав та/чи маркетингової специфіки кожної технологічної компанії, яка працює на ринку технологій з континууму реальності-віртуальності. Найчастіше згадуваними та розповсюдженими є наступні: 1) доповнена реальність

(англ. *augmented reality* – AR), тобто проектування диджитальної інформації (зображення, тексту і под.) поверх екрану будь-яких пристроїв, що доповнює реальний світ штучними елементами; 2) змішана реальність (англ. *mixed reality* – MR), тобто проектування тривимірних об'єктів та голограм на фізичний простір, з можливістю переміщатися навколо та оглядати віртуальний образ, що нерідко вимагає спеціального обладнання (шоломів та ін.); 3) віртуальна реальність (англ. *virtual reality* – VR), тобто часткове ізолювання людини від фізичного світу із зануренням у заздалегідь змодельований світ, що, особливо за додавання суміжної перцептивної стимуляції, окрім вже добре освоєної візуальної та аудіальної (наприклад, тактильної завдяки рукавичкам чи костюмам), створює окрему імітовану реальність.

Здійснення інтервенцій у сфері психічного здоров'я з використанням саме VR, як технології, що використовується для імітації світу (певного впливу та чи реакцій на вплив), який передається людині через її відчуття (зір, слух, дотик тощо), отримало назву терапії віртуальною реальністю (англ. *virtual reality therapy* – VRT). У джерелах VRT також згадується як імерсивна терапія віртуальною реальністю (англ. *virtual reality immersion therapy* – VRIT), симуляція для терапії (англ. *simulation for therapy* – SFT), експозиційна терапія віртуальною реальністю (англ. *virtual reality exposure therapy* – VRET), комп'ютеризована когнітивно-біхевіоральна терапія (англ. *computerized cognitive behavioral therapy* – CCBT).

У VRT використовується спеціальний набір з VR-шолома та контролера, щоб створити віртуальне середовище, де людина може пережити різні сценарії та ситуації, які спричиняють певні стани та переживання. Наприклад, у статті Rizzo et al. (2004) описано досвід, у якому респонденти відчували тривогу, стрес або депресію.

Проведення VRT вимагає як застосування у клінічній практиці, так і її дослідження, що, наприклад, реалізовано Клінікою віртуальної реальності та імерсивних технологій на базі кафедри психіатрії та поведінкових наук при Медичній школі Стенфордського університету, де в холістичному та кастомізованому імерсивному диджитальному досвіді поєднуються доказові практики поведінкової терапії, клінічні дослідження та медичні технології для лікування спектру психіатричних станів (Stanford Medicine. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, б. д.).

Дослідження показують, що VR може бути ефективним інструментом у інтервенціях за різних ментальних захворювань. Спектр галузей охорони здоров'я, з якими вже працюють клінічні психологи та нейробіологи із використанням різновидів віртуальної реальності це, наприклад: менеджмент болю та стресу; робота із розладами настрою, залежностями (алкогольна, наркотична), розладами харчової поведінки (РХП), фобіями, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), розладами аутистичного спектру (РАС), розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ); реабілітація (фізична, когнітивна, оптична); нейропсихологічна оцінка тощо (VR Voice, 2018).

Потенціал використання VR було проаналізовано Freeman et al. (2017) у систематичному огляді масиву 285 досліджень за перші 20 років застосування цієї технології у сфері ментального здоров'я, з яких 86 стосувалися оцінки, 45 – розвитку теорії, а 145 – лікування. Основними досліджуваними розладами були тривога (192 дослідження), шизофренія (44), розлади пов'язані зі вживанням психоактивних речовин (22) і розлади харчування (18). Загальний вектор вказує на те, що згенерований технологіями імерсивний світ VR може допомагати людям переживати певні ситуації та навчатися долати труднощі у супроводі доказових психологічних інтервенцій, що можуть бути зреалізовані і поза

лабораторними умовами та розвиватися поряд з методами нейровізуалізації.

Конкретним прикладом використання таких технологій є кейс, який мав місце у Південній Кореї на одному з телеканалів (Chang-won, 2020), де в рамках передачі під назвою «Я зустріла тебе» жінка з іменем Джан Чжи Сун взяла участь у проєкті розробників та медиків покликаному допомогти у боротьбі з ПТСР та прийняти тяжку втрату (Шевчук, 2020с; Шевчук, 2021с).

Донька цієї жінки, семирічна Найон, у 2016 році померла від невиліковної хвороби. Суть цього проєкту полягала у віртуальному відтворенні образу і голосу дівчинки, на що знадобилося 8 місяців, для взаємодії з ним її матері за допомогою таких технологій як шолом віртуальної реальності (щоб бачити та чути) та сенсорні рукавички (імітація дотику). У такий спосіб було уможливлено спільний спів пісень та святкування дня народження.

Такий досвід є трансгресивним, тобто певною мірою долає кордони між можливим і неможливим (Lanier, 2010). Особистість, яка зберігає щось у статусі кво, за репрезентації абстрактних образів, а не конкретних об'єктів, у такому медіумі може створити власний мікрокосм.

Цей досвід може бути подібним до створення певного власного світу за рахунок віртуального контенту, що може торкатися багатьох тем. В цьому контексті можна, наприклад, згадати концепцію втіленого пізнання (англ. *theory of embodied cognition*), відповідно до якої найважливішою інстанцією ментальності визнається не тільки стан мозку, але і широкий спектр характеристик людського тіла, що відноситься до сенсорно-рухової системи, емоцій та використовуваних у мові слів. Згідно цієї теорії поряд з тілом може розглядатися і екологічна ситуація, тобто мається на увазі, що втілена свідомість вбудовується у середовище.

Серед труднощів імплементації технологій зазначені широкі прогалини щодо коректності використання терміну VR, який часто помилково методологічно концептуалізували і щодо неінтерактивних, й щодо неімерсивних технологій, а також необхідність визначення адаптивного достатнього супроводження досвіду використання VR у сфері ментального здоров'я. Перевагою часто є те, що у роботі зі специфічними запитами та кейсами альтернативні форми інтервенцій, доступні завдяки засобам віртуальної реальності, дають унікальні можливості, що сприяє ефективності. Наприклад, у роботі, описаній Kandalaft et al. (2013) щодо формування соціальних навичок, когніцій та функціонування у молодих дорослих з діагностованим високофункціональним аутизмом за їх дорослішання ефективним було саме тренування соціальних когніцій віртуальною реальністю (англ. *virtual reality social cognition training*) у сетингу з 10 сесій протягом 5 тижнів.

Важливим концептом, що пояснює ефект VR, є втілення (англ. *embodiment*) – стан існування, появи або присутності в якомусь місці чи об'єкті, адже це специфічний властивий мозку спосіб вказувати на реальність того, що ми сприймаємо. Відчуття присутності (англ. *presence*), яке створюють VR технології, можливе за рахунок активації моторного кортексу та сенсорних систем подібним до реального досвіду чином, що може бути зареєстроване у результируючих фізіологічних та емоційних реакціях.

Подальші дослідження свідчать, що практики супроводу можуть бути реалізовані і без прямого втручання кваліфікованого фахівця, але мають бути попередньо стандартизовані у відповідності до протоколів психотерапії щодо конкретного запиту.

Порівняльний аналіз проведений Donker et al. (2019), стверджує, що віртуальна терапія, забезпечена за рахунок застосунку для смартфона і

недорогих VR-окулярів із самостійним опрацюванням учасниками, була ефективна для істотного зниження симптомів акрофобії (страху висоти) у порівнянні з класичною когнітивно-поведінковою терапією, мала достатньо дружній до користувача інтерфейс для самостійного опрацювання та могла бути здійснена без супроводження терапевта, що виступає якісною альтернативою для ресурсозатратної роботи наживо у психотерапії та/чи з Hi-End VRET (високоякісною експозиційною VR-терапією).

Різноманітність підходів до роботи з суїцидальністю та різнорідність термінологічного апарату щодо схожого типу інтервенцій викликають сплутаність та ускладнюють роботу в царині досліджень використання імерсивних технологій у превенції. Уніфікація тезаурусу чи то чітке розмежування назв і понять, особливо, в дослідженнях на перетині декількох дисциплін, могло б покращити якість формування дизайну досліджень з оцінки ефективності втручання та змістовність інтерпретації.

Оскільки поняття імерсивності, окрім візуальних стимулів, часто несе і аудіальні, відповідно ми говоримо про певний аудіовізуальний стимул клінічного чи то неклінічного характеру, що має бути обраний згідно поставлених завдань та гіпотез кожного конкретного дослідження. Візуальні стимули мають мати максимально доступну вихідну роздільну здатність зображення для найчіткішого відображення на різного роду екранах (VR-окуляри тощо); аудіальний стимульний матеріал має доцільно супроводжувати побачене – вільно локалізувати акустичні події за панорамою, як і у статичному форматі (ефект реверберації звуку у приміщеннях і под.), так і у динамічному (наприклад, ефекти рухомого об'єкта).

У дизайні дослідження також важливо враховувати умови проведення інтервенції, зокрема в приміщенні можуть бути представлені

також інші типи стимулів, що можуть впливати на перцепцію (доповнювати ефект присутності, відволікати тощо).

На момент планування, здійснення та оцінки результатів інтервенції за посередництва VRT у різних часових перспективах варто аналізувати сукупність факторів, що можуть впливати на ці процеси як з боку постачальника послуг, так і з боку кінцевого бенефіціара. У роботі з імплементацією VR ключовим стейкхолдерам також важливо врахувати специфіку використання власне VR технологій, що часто супроводжується відносно високою вартістю обладнання та програмного забезпечення і може обмежувати доступність VRT для широких верств населення.

Робота з VR може потребувати створення певної інфраструктури і щодо фахівця та інституції, які послуговуються цією технологією, а саме: вимагати формування та оприсутнення додаткових компетенцій щодо специфічного сетінгу VRT, адаптації інтервізійного та супервізійного форматів, створення гайдлайнів та процедур тощо. Окремо постає питання про сприймання такого виду терапії як такого, адже часто віртуальна реальність сприймається саме, як технологія для проведення дозвілля, ігрової активності тощо, а не як форма інтервенції у сфері сервісів психічного та соматичного здоров'я.

Самі собою поки недостатньо вивчені також особливості реагування на віртуальну реальність як таку; зокрема, вплив досвіду перебування у VR на фізичне та ментальне здоров'я особистості, можливі виражені ефекти за інтенсивного використання (наприклад, умови виникнення симптомів симуляційної хвороби, чи кінетозу, коли візуальний досвід, який отримує людина, може викликати такі реакції як: головний біль, запаморочення, нудота, підвищене слюно- та потовиділення, дезорієнтація і т. ін.), довготривалі наслідки тощо. Додаткові дослідження потрібні і щодо аналізу того, як VR змінює

контакт між терапевтом/іншим фахівцем у сфері психічного здоров'я та клієнтом/пацієнтом, яким чином це впливає на ефективність терапії тощо.

Поглиблене дослідження допоможе зіставляти потреби та завдання, які стоять у VRT, прорахувати оптимальну інтенсивність впливу, поінформувати отримувача щодо перспектив ефективності та можливих супутніх факторів ризику (індивідуальні реакції на перебування у VR тощо).

Гіпотетично, за якийсь час, власне сам собою досвід взаємодії з VR може виступити запитом щодо роботи з психологом-консультантом чи психотерапевтом, обабіч безпосереднього здійснення інтервенцій за її посередництва. У подальшому важливим було би розширити та деталізувати категорії клієнтів та пацієнтів та/чи запити, за яких використання імерсивних технологій є найбільш доцільним чи, навпаки, протипоказаним принагідно до актуального контексту особи чи взагалі.

Окремим питанням виступає доречний переклад і пошук відповідників в українській мові для технічної термінології та прийнятої традиції понятійних лексем у західній науці, які на часі у процесі свого певного узгодження із прийнятою дотепер.

Зокрема, для нашої роботи, наприклад, було важливим розмежування понять «диджитальний» та «дигітальний», де кожне з цих слів позначає відповідник англійського слова «digital», але контексти вживання у першому випадку частіше пов'язані зі змістом переводу чогось у цифровий формат, часто адаптивного до формату відображення на сучасних цифрових пристроях, гаджетах («цифровізований», «інформатизований»), а у другому це стосується оцифрування, тобто числового цифрового вираження саме дискретних парціальних даних, зображень, звуків і под. Подальші розмежування та визначення можуть бути, наприклад, у поняттях «кастомізований» та «кастомний», «реальна реальність» тощо.

Висновки до розділу 1

1. Суїцидальність – це схильність до суїцидальної поведінки, яка зазвичай проявляється суїцидальними думками або намірами та пов’язана з високим ризиком суїцидальних дій. Вона вивчається та опрацьовується багатьма дисциплінами серед яких філософія, етика, естетика, теологія, історія, антропологія, етнографія, криміналістика, літературознавство, соціологія, психіатрія, психологія тощо. Вони констатують неоднозначність та амбівалентність ставлення до цього феномену з плином часу та у різних спільнотах; вказують на контроверсійність підходів до убезпечення осіб від скоєння самогубства. Натепер надбання в контексті суїцидології часто є специфічними для окремої дисципліни, що обмежує впровадження результатів у широке коло спільноти фахівців. Подальші дослідження феномену самогубства мають включати більшу комплексність, аналіз широкого кола досліджень та мати міждисциплінарний характер.

2. Ефективна превенція суїцидальної поведінки уможлиблюється злагодженою роботою ключових стейкхолдерів, які є агентами як і соціального впливу, так і кінцевими бенефіціарами різних рівнів, від колективного до індивідуального. Створені системи превенції самогубств мають бути саморегульованими та мати спільну візію потреб суміжних спеціалістів та способів співпраці щодо покращення ефективності міждисциплінарної взаємодії та якості надаваних послуг. Поле такої співпраці на теренах України поступово розширюється. Ключовою є робота міждисциплінарних команд у сфері психічного здоров’я та психосоціальної підтримки, особливо з вразливими групами населення.

3. Наявність багатьох індивідуальних чинників суїцидального ризику, їх непостійність та мінливість предиспозуючих перемінних та їх поєднань створюють суттєві труднощі прогнозу та дослідження пресуїцидального етапу. Здійснення суїциду, як поведінкового акту, може

тракуватися як поведінкова реакція, а не як динамічне психопатологічне явище, що додатково ускладнює відділення адекватного комплексу критеріїв передбачення суїциду.

4. Прикладом якісного поєднання міждисциплінарних досліджень та результуючих пропозицій щодо практичних інтервенцій у контексті суїцидальності є використання імерсивних технологій як і у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки взагалі (наприклад, у роботі з певними коморбідними станами та симптомами), так і предметно суто до суїцидальної поведінки.

5. Імерсивні технології, а саме віртуальна реальність, можуть сприяти певним можливостям, серед яких, наприклад: 1) створення контрольованого середовища для дослідження/формування певних копінгів та навичок емоційної та поведінкової регуляції; 2) покращення занурення і включення клієнта/пацієнта у роботу з його/її запитом; 3) більше врахування індивідуальних особливостей та потреб клієнта/пацієнта фахівцями, за рахунок збільшення варіативності організації сетингу.

6. Подальші предметні дослідження та аналіз використання імерсивних технологій у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки нині потребують врахування специфіки інфраструктури (вартість обладнання, загальні умови для забезпечення такої взаємодії, кваліфіковане навчання надавачів послуг, потенційні технічні баги та їх наслідки і под.), а також розширення дискусії щодо етичних аспектів такої роботи (безпека, конфіденційність даних, приватність осіб, ризики ескалації тенденцій до позбавлення себе життя, якість контакту з особою, що супроводжує процес таких інтервенцій за наявності тощо). Загалом імерсивні технології натеper показують ряд переваг поруч із класичними засобами інтервенцій, тому є перспективними для подальшого вивчення та імплементації.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМЕРСИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЯК ЗАСОБУ ПРЕВЕНТИВНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ ЩОДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1. Концептуальна модель та дизайн дослідження

Процедура вивчення та аналізу суїцидів потребує формування якісної моделі дослідження, яка здатна контролювати отримання можливих артефактів у зв'язку з використанням імерсивних технологій, а саме віртуальної реальності. Конкретне дослідження диджитальної трансформації феномену самогубств та суїцидальності в цілому також потребує брати до уваги особливі етичні моменти щодо таких досліджень (Burlachuk, & Shevchuk, 2021; Шевчук, 2021d).

Враховуючи вищезазначені дослідження з використанням імерсивних технологій, ми пропонуємо оформити методологічний підхід із врахуванням збору клініко-анамнестичних показників окремої особистості та впливу на неї масштабніших соціальних контекстів.

Зокрема, згідно теорії флюїдної вразливості (Bryan et al., 2020), ми концептуалізуємо наше дослідження суїцидальної поведінки за більш стійкими (депресивність, тривожність, досвід травм, суїцидальний ризик) та динамічними (позитивний та негативний афект, суб'єктивне благополуччя, психологічне благополуччя, благополуччя у стосунках, фізичне благополуччя та безнадія) факторами, які можуть впливати на суїцидальну поведінку (див. рис. 2.1).

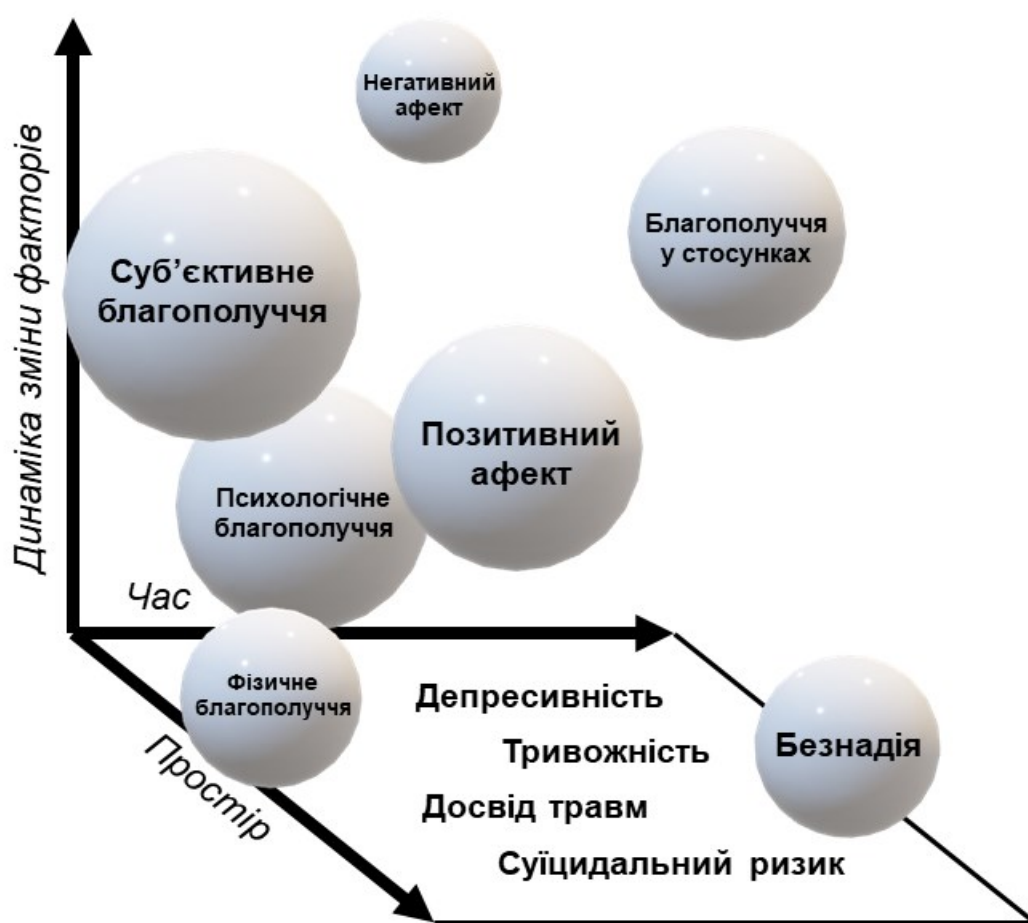


Рис. 2.1. Концептуальна модель дослідження

Як бачимо на рис. 2.1, у часопросторовому відношенні можлива різна динаміка змін факторів, які впливають на розвиток чи припинення суїцидальної поведінки. Окрім визначення відносно сталого показника схильності особистості до самогубства (суїцидального ризику як такого), ми також беремо до уваги хронічні та стабільні фактори, що сприяють формуванню та розвитку суїцидальності, зберігаючись протягом тривалого часу, і динамічні властивості ризику, які чутливі до зовнішніх факторів.

Оскільки постає задача вивчення психологічних ефектів інтервенцій з використанням імерсивних технологій для оцінювання їх

потенціалу щодо превенції суїцидальної поведінки, ми послуговуємося практикою використання експерименту в парадигмі клінічної психології як методу дослідження ефективності того чи іншого впливу за умов варіацій стану досліджуваного.

Особистість експериментатора (тобто якості потенційного надавача послуг з використанням VR) та досліджуваного (тобто бенефіціара, з його певними характерологічними якостями та установками) як такі, що могли б виступити каталізатором чи інгібітором певних змін, не були безпосереднім предметом впливу та вивчення, але мали бути враховані як такі змінні, що мали бути проконтрольовані щодо їх загроз для валідності експерименту.

Розроблюваний експериментальний план мав бути наближений до плану істинного експерименту, який близький до «ідеального плану» тим, що не несе в собі загроз внутрішній валідності (контролює вплив фону, природного розвитку, ефекту тестування, інструментальних похибок, складу груп, відсіювання тощо).

Також він містить малу кількість загроз для зовнішньої валідності (точно контролює взаємодію тестування з експериментальним впливом, та до певної міри контролює взаємодію складу груп та реакцію учасників на ситуацію). Для мети нашого експерименту пасує план Соломона (Asch, 1951) (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Опис експериментальної процедури дослідження

ЕГ1	R	O ₁	X	O ₂
КГ1	R	O ₃		O ₄
ЕГ2	R		X	O ₅
КГ2	R			O ₆

Символи та графічні позначення при аналізі експерименту, згідно загальноновживаної практики використання, ми визначаємо за Кемпбелом, де: X – експериментальний вплив; O – вимір експериментального ефекту; підстрочний індекс O – номер виміру та групи в експерименті; R – рандомізація (еквівалентність експериментальних груп).

Цей план співвідносить результати 4 еквівалентних груп, сформованих з використанням рандомізації, має вимір до та після експериментального впливу, які відсутні у певних групах, що дозволяє проконтролювати загрози валідності, шляхом порівняння цих результатів, та може сприяти констатації наявності чи відсутності однозначного каузального зв'язку.

Для уможливлення статистичного аналізу групу мають складати мінімум 30 осіб. Представлення незалежної змінної (НЗ) полягає у наявності чи відсутності впливу як такого. В нашому експерименті це демонстрація 360° відео в окулярах віртуальної реальності.

Вибір стимульного матеріалу, а саме ролика, який буде демонструватися у VR-окулярах, залежить як від змісту, який би відповідав завданням нашого дослідження, так і від загальних технічних спроможностей.

Модель VR-окулярів, яка була доступна для нашого дослідження, а саме Oculus Go Standalone Virtual Reality Headset, за відео із найбільшою доступною роздільною здатністю (1080p), все одно дещо пікселізує зображення. Тобто, є ефект штучності, який робить присутність у віртуальному просторі не настільки реалістичною, що має бути враховане під час забезпечення експериментального впливу.

Місце та умови проведення експерименту мали бути максимально наближені до лабораторних (тобто впливати мав саме досвід перегляду відео у такому форматі, а не наявність/відсутність інших стимулів).

Складність процедури передбачала присутність експериментатора для проведення інструктажу щодо використання VR та, за необхідності, надання необхідної кваліфікованої підтримки, пов'язаної з потенційними ризиками досвіду у VR (наприклад, проявленням симптомів кінетозу).

Дизайн та проведення нашого дослідження включає в себе імерсивні технології, тому ми вважаємо за необхідне врахувати принципи авторства Hermann et al. (2016) та сензитивність досліджуваної тематики.

Окрім інформування перед заповненням опитувальників, ми пропонуємо вводити контакти кризової психологічної підтримки (див. рис. 2.2) за актуалізації суїцидальних тенденцій одразу після блоку питань на оцінку суїцидальності, а також зазначити перелік контактів ресурсів з психологічної підтримки після проходження всіх опитувальників.

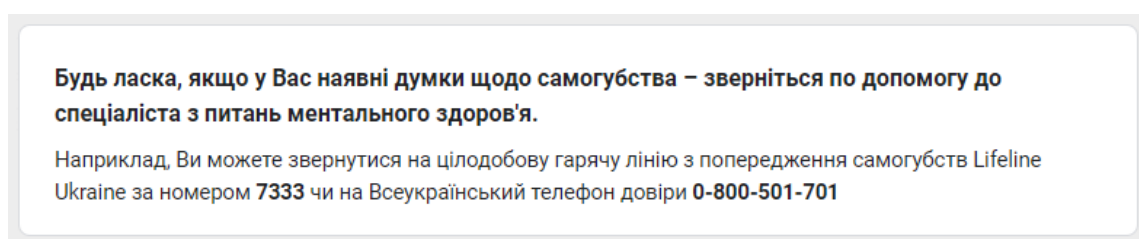


Рис. 2.2. Фрагмент форми Google з контактами гарячих ліній

Враховуючи концепції дослідження впливу 360° відео за їх перегляду у VR-окулярах, ми також пропонуємо обрати неклінічні загальнодоступні стимули з відкритих джерел з метою оцінки впливу самого ролика та формату його перегляду на асоційовані з суїцидальністю параметри, радше, аніж стимуляції розвитку суїцидальної поведінки у віртуальній площині.

Досвід використання VR-технологій у роботі з суїцидальністю, згідно попередніх досліджень, уможливорює безпосередню трансляцію сценаріїв відходу від життя. У статті Franklin et al. (2019), присвяченій

формуванню трансляційного підходу (англ. *translational approach*), який можна було б перенести з лабораторних умов на практики інтервенцій та покращення психічного здоров'я та загального рівня благополуччя, описано досвід трьох таких досліджень. Результати 498 учасників показали, що представлення стрибків з висоти, використання проти себе вогнепальної зброї та т. ін. були оцінені як безпечні для демонстрації і при тому як неприємні, реалістичні та релевантні до самогубства, а також асоційовані з такими предикторами завершеного самогубства, як чоловіча стать, суїцидальні бажання, спроможність до скоєння самогубства та попередні прояви суїцидальності.

Оскільки характер таких досліджень вимагає оформлення достатньо ресурсозатратної процедури (матеріально-технічне оснащення, контроль умов, супутні ризики тощо), було прийнято рішення послуговуватися моделлю дослідження, яка вивчає суїцидальність та здійснює превенцію шляхом впливу на коморбідні прояви та стани та могла б покращити загальний рівень благополуччя як такий.

Ефективність VRT у превенції суїцидальної активності та в роботі з факторами та групами ризику часто асоціюють зі зниженням коморбідних проявів, які обтяжують анамнез та в рамках FVT є агентами ризику щодо ініціації зовнішніх форм суїцидальної поведінки, включаючи завершений акт самогубства (Шевчук, & Крупельницька, 2023а).

Згідно цієї ж теорії, ми також реєструємо соціально-демографічні показники та специфіку вживання особою психоактивних речовин (що може як виступати суїцидогенним фактором, так і формувати характер сприйняття людиною 360° відео в окулярах віртуальної реальності).

Аналіз соціокультурних умов та соціально-фізичного середовища проживання в топонімах міської та сільської місцевостей не виявив статистично значимих компонентів, які впливали б на формування

суїцидальності, та дозволив припустити, що ними могли б бути соціальна ізоляція, легший доступ до летальних засобів для позбавлення себе життя, стигматизація людей із проблемами психічного здоров'я та обмежене надання послуг у сфері психосоціальної підтримки (Casant, & Helbich, 2022; Шевчук, 2023). Саме тому в нашому дослідженні для контролю незалежних змінних ми вважаємо за доцільне обрати населення одного і того самого населеного пункту.

Важливим, було не сформулювати установку у досліджуваних щодо того, що саме вивчається нами, а саме контекст превенції самогубств, тому дослідження представлялося як таке, що вивчає ефект перегляду відео у VR на стан особистості, без конкретизації додаткових аспектів.

Статті, присвячені способам використання VR, констатують, що занурення у віртуальну реальність, за інтервенцій щодо депресії та безнадії покращує настрій і сприяє формуванню перспективи мислення про майбутнє (Amelia Virtual Care's VR Platform, б. д.). Такий результат було досягнуто за рахунок демонстрації 10-хвилинного віртуального досвіду, який уможливив взаємодію з пейзажами природних ландшафтів (тропічного лісу тощо).

Саме тому, у нашому дослідженні для демонстрації у VR ми також використовуємо відео з природним середовищем з елементами мистецтва (ARTE.TV, б. д.) тривалістю 7 хв. Така тривалість ролика вже може дати певні психологічні ефекти і при тому мінімізує ризики розвитку симптомів кінетозу чи інших проявів дискомфорту для учасників експерименту.

За змістом ролик відображає пригоди зацікавленого відвідувача оранжереї «Сад рослин» (фр. *Jardin des Plantes*) у Парижі. Він/вона залишилися після закриття садів і стикається з привидами французького художника-примітивіста Анрі-Жульєна Фелікса Руссо, який надихався ботанічними садами, коли у 1910 році створював одну із своїх самих

відомих картин «Сон Ядвіги». У 360° відео поєднуються наївні та фантастичні елементи цієї картини у візії художника та реалістично промальований пізній вечір в тропічній оранжереї (див. рис. 2.3).

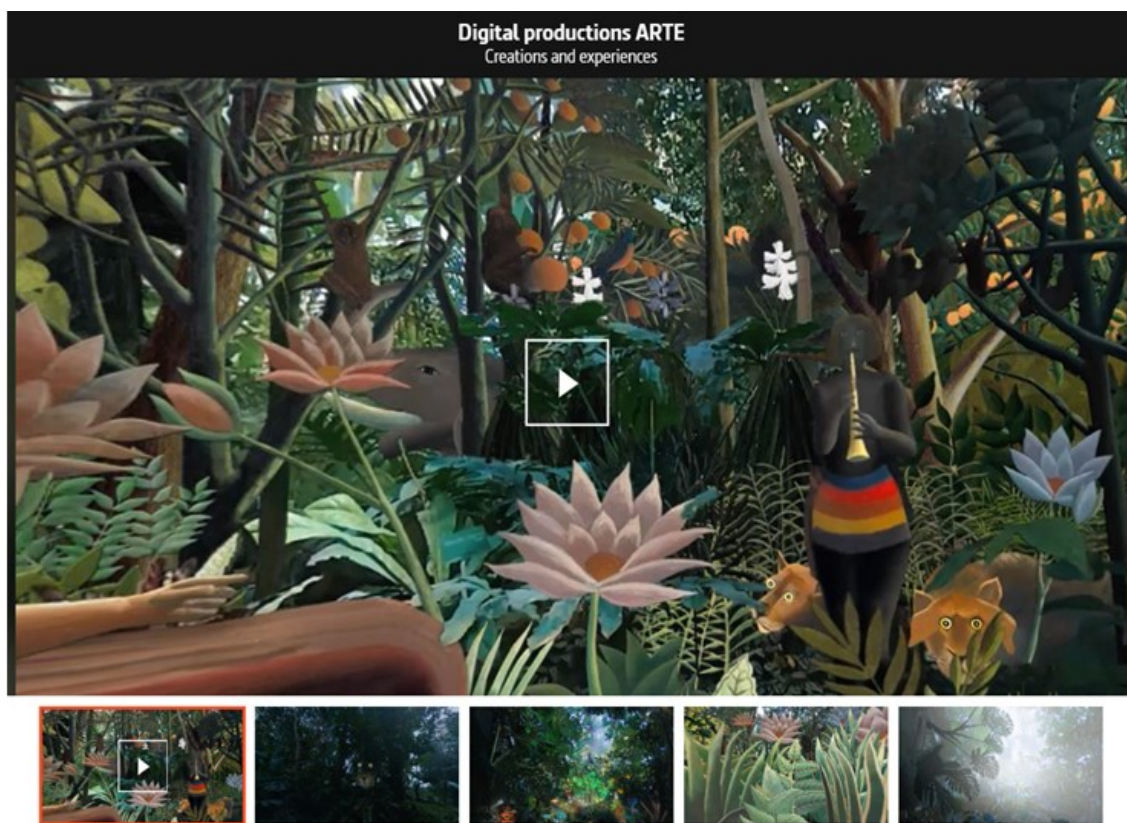


Рис. 2.3. Скріншот з елементами відео з експерименту

Аудіальним супроводом виступають фолі-шуми оранжереї, які додають реалістичності, інструментальні композиції у стилі ембієнт, які сприяють включенню у сюжет, та голос у формі коментарів від імені Анрі, що супроводжує та занурює у контекст.

Демонстроване відео – це не клінічний стимул, розроблений з самого початку для демонстрації у розважальних цілях, але у попередніх пілотажних дослідженнях респонденти обирали його як такий, що сприяє підвищенню настрою, цікавості тощо.

Вибір показників для виміру психологічних ефектів інтервенцій, окрім теоретичного підґрунтя, мав також бути доступний виміру як такий,

особливо за короткотермінової інтервенції. Ми вважаємо, що за сприймання учасниками експерименту саме такого віртуального простору ми можемо досягти змін у показниках суб'єктивного благополуччя, афекту та безнадії.

Безпосередньо перед процедурою перегляду 360° відео досліджувані мають отримати додатковий інструктаж щодо потенційного впливу перегляду відео у VR, а також усно відповісти на ряд запитань щодо їх попереднього досвіду з VR (якщо такий був). За необхідності, саме на цьому етапі учасники дослідження можуть поставити додаткові питання. Наприклад, щодо специфіки проходження процедури, якщо у досліджуваного є певні особливості зору – у цьому випадку, згідно критеріїв інклюзивності, ми, зокрема, можемо підлаштовувати окуляри так, щоб коригувався фокус зображення, яке бачить респондент.

Опісля здійснення експериментального впливу, безпосередньо сам за собою досвід у VR та стан учасників оцінюється ними за шкалою Лайкерта (де 1 – погано, 5 – чудово), а саме: 1) яким був Ваш загальний рівень задоволення від перебування у віртуальній реальності; 2) наскільки сильним було Ваше відчуття присутності, «перебування там» у віртуальному середовищі; 3) яким був Ваш загальний рівень комфорту в цьому середовищі.

В оцінці стану потенційного суїцидента, тобто людини в гострому суїцидальному стані, яка має виражені стійкі суїцидальні тенденції, варто оцінювати як показники діагностичних методик, так і за можливості проводити клінічне інтерв'ю чи інші форми опитування, з метою збору найбільш повного доступного та доцільного для дослідницької ситуації анамнезу, з уможливленням ґрунтовної кількісної та якісної інтерпретації результатів.

У цьому експериментальному плані експериментатор може отримати дані і про суїцидальний стан, а також і про загальний стан

учасника експерименту. Вони могли залишити свій зворотній зв'язок у спеціально відведеному полі опитувальника та/чи в рамках опціонального напівструктурованого інтерв'ю, яке проводилося експериментатором в усній формі після завершення проходження всіх опитувальників.

Етичний дозвіл на проведення цього дослідження було надано Комітетом з етики наукових досліджень факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка від 29 серпня 2022, реєстраційний номер № 08-22/2.

2.2. Процедура експериментального дослідження психологічних ефектів превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій

Оскільки мета даного дослідження полягає у встановленні та аналізі психологічних ефектів превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій, в нашому експерименті було висунуто наступні гіпотези:

H_0 (нульова гіпотеза): перегляд 360° відео в окулярах віртуальної реальності не здійснює вплив на асоційовані з суїцидальністю параметри.

H_1 (експериментальна гіпотеза): перегляд 360° відео в окулярах віртуальної реальності здійснює вплив на асоційовані з суїцидальністю параметри.

Експериментальний вплив забезпечувався шляхом використання моделі VR-окулярів Oculus Go Standalone Virtual Reality Headset та переглядом 7-хвилинного ролика (ARTE.TV, б. д.).

2.2.1. Опис дослідницької вибірки

Участь в експерименті взяли 120 осіб, віком від 19 до 64 років, 60 з яких були в експериментальних групах, а 60 – контрольних. Експеримент проводився у березні 2023 року (Шевчук, & Крупельницька, 2023b). Набір

учасників здійснювався шляхом розміщення оголошень через платформи Telegram та Facebook.

Критерієм включення у вибірку була приналежність до міста-мільйонника, в нашому випадку всі учасники живуть, працюють чи навчаються в місті Києві. Демонстрація ролика з природними пейзажами для містян могла також сприяти і загальному рекреаційному ефекту.

Учасників експерименту було рандомно розподілено на 4 групи по 30 осіб, в кожній групі було по 15 чоловіків та 15 жінок. Безпосередній збір даних проводився в онлайн опитувальнику, створеному на основі платформи Google, перед початком заповнення якого кожен та кожна давали інформовану згоду про участь у дослідженні.

Коректна інтерпретація даних вимагає аналізу учасників експерименту за параметрами статево-вікових особливостей та щодо нормальності розподілу у експериментальних та контрольних групах.

Для проведення статистичного аналізу отриманих результатів було використано програмне забезпечення IBM SPSS Statistics, Version 23, Release 23.0.0.0. Вікові показники вибірки описано у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Аналіз вікових показників: чоловіки та жінки

Показник	Чоловіки	Жінки
Кількість осіб (N)	60	60
Середнє значення (Mean)	35,13	35,38
Мінімальне значення (Minimum)	19	19
Максимальне значення (Maximum)	63	64

Продовження табл. 2.2

Помилка середнього (Std. Error Mean)	1,590	1,645
Стандартне відхилення (Std. Deviation)	12,313	12,744
Асиметрія (Skewness)	0,689	0,503
Помилка асиметрії (Std. Error Skewness)	0,309	0,309
Ексцес (Kurtosis)	-0,674	-0,873
Помилка ексцесу (Std. Error Kurtosis)	0,608	0,608

Отже, у експерименті взяли участь 60 чоловіків віком від 19 до 63 років, середній вік склав 35,13 років, стандартне відхилення 12,313; а також 60 жінок віком від 19 до 64 років, середній вік склав 35,38 років, стандартне відхилення 12,744.

Показники стандартного відхилення за фактором віку не перевищують середнє значення, що свідчить про те, що відхилення знаходяться в межах норми; відмінність у середніх значеннях між чоловіками і жінками є дуже не значною (0,25), тому різниця між значеннями може бути випадковою.

Для визначення однорідності вибірки обраховуємо коефіцієнт варіації за формулою: $V = \sigma / X_{cp} \times 100\%$, де σ – стандартне відхилення (Std. deviation), X_{cp} – середнє арифметичне (Mean). В даній вибірці отримуємо наступні результати: у чоловіків $12,313 / 35,13 \times 100\% = 35,05$ (35%); у жінок $12,744 / 35,38 \times 100\% = 36,02$ (36%); що свідчить про те, що вибірка

дещо неоднорідна за показником статі (коефіцієнт варіації перевищує 33%).

Показник асиметрії має додатній знак (0,689 для чоловіків, 0,503 для жінок), що свідчить про зміщення ступеня відхилення графіка розподілу частот від симетричного вигляду відносно середнього значення у ліву сторону, відповідно, у сторону менших значень. Значення асиметрії не перевищує стандартну помилку асиметрії в три рази, отже, розподіл є нормальним.

Значення ексцесу має від'ємне значення (-0,674 для чоловіків, -0,873 для жінок), що вказує на плосковершинність графіка за віком. Значення ексцесу не перевищує стандартну помилку ексцесу в три рази, отже, розподіл є нормальним.

Таким чином, ми можемо припустити, що участь у нашому експерименті могла бути більш цікава для осіб віком від 19 до 35 років, ми маємо дещо неоднорідну вибірку, але розподіл за статтю серед чоловіків та жінок відповідає показникам нормального.

2.2.2. Обґрунтування вибору методик емпіричного дослідження

Учасникам експерименту були поставлені соціо-демографічні питання, а також оцінено їх загальний стан скринінговими опитувальниками та методиками на визначення рівня тривоги, депресії, суїцидального ризику, симптомів посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу.

Окрім безпосереднього виміру ризику, ці нозології можуть виступати передумовою для формування суїцидальних ідеяцій та розвитку внутрішніх та зовнішніх форм суїцидальної поведінки.

Соціально-демографічні показники, які ми реєструємо: стать, вік, освіта, країна на момент заповнення, скільки жили/працюють у місті/містах, зайнятість, середньомісячний дохід опісля сплати податків,

стан стосунків, діти (якщо так, то скільки), чи живуть з іншими людьми (якщо так, то скільки людей у домогосподарстві), хронічні соматичні захворювання, які значно впливають на повсякденну життєдіяльність та погіршують якість життя (якщо так, то які), чи хворіли на COVID-19 (якщо так, то скільки випадків було підтверджено), чи було колись діагностовано психічний розлад (якщо так, то який), чи було психічний розлад діагностовано у близьких родичів (якщо так, то який), чи отримували послуги у сфері психічного здоров'я (якщо так, то які), чи був попередній досвід взаємодії з VR (якщо так, то який).

Блок про вживання медикаментів та психоактивних речовин містить наступні пункти: чи вживали протягом останнього місяця якісь ліки, призначені психіатром/невропатологом (якщо так, то які), чи вживали протягом останніх 12 місяців речовини, такі як: тютюн, алкоголь, заспокійливі, знеболюючі, марихуана тощо (якщо так, то вказати які), і частоту вживання цих речовин з переліку протягом останнього місяця; чи стали вживати частіше вищевказані речовини протягом останніх 12 місяців.

Оцінка стану учасників експерименту може здійснюватися шляхом комплексного аналізу емоційно-вольової (емоційного фону, настрою, намірів тощо) та поведінкової (мотиваційного компоненту тощо) сфер.

У якості одного з ключових компонентів диференціації суїцидальних думок та парасуїцидальних спонукань виокремлюють саме вираженість наміру або тенденції до позбавлення себе життя, що може бути складним для ідентифікації навіть спеціалістами, особливо, якщо немає впевненості в тому, як були отримані пошкодження, чи викликані дані поведінкові прояви випадковим збігом обставин, психіатричними симптомами тощо.

Опосередкована природа наслідків самопошкоджень та класифікація з використанням однакових кодів для суїцидальних спроб,

що не мали летального наслідку та зумисних самопошкоджень (на прикладі МКХ-10) ускладнює подальшу роботу з їх дослідження.

Згідно теорії флюїдної вразливості, ми оцінюємо відносно стабільні показники, які можуть впливати на суїцидальність, а саме тривогу, депресію, суїцидальний ризик та прояви посттравматичного стресового розладу за допомогою методик Шкали генералізованого тривожного розладу, Опитувальника пацієнта про стан здоров'я, Шкали оцінки тяжкості суїцидального ризику Колумбійського університету та Міжнародного опитувальника травми відповідно. Кодування для цих опитувальників, а також вимірювані показники, відображено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Психодіагностичні інструменти для скринінгу базового стану
учасників**

Явище, яке досліджують	Методика дослідження	Кодування	Українська версія
Тривога	Generalized Anxiety Disorder-7	GAD-7	Шкала генералізованого тривожного розладу
Депресія	Patient Health Questionnaire-9	PHQ-9	PHQ-9 – Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я. (Міністерство охорони здоров'я України. Наказ 25.12.2014 №1003. Про затвердження та впровадження медико-технологічних

Продовження табл. 2.3

			документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії. Додаток 1)
Суїцидальний ризик	Columbia- Suicide Severity Rating Scale Screen Version - Recent	C-SSRS	Шкала оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS) C- SSRS Screen Version - Recent
Посттравматич ний стресовий розлад та комплексний посттравматич ний стресовий розлад (симптоматика)	International Trauma Questionnaire	ITQ- CPTSD	Міжнародний опитувальник травми

Вимір психологічних ефектів превенції суїцидальної поведінки засобами віртуальної реальності здійснювався психодіагностичним інструментарієм, а саме: Опитувальником позитивного та негативного ефекту, Шкалою безнадії Бека та методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі». Кодування та вимірювані субшкали яких, описано в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Психодіагностичні інструменти та вимірювані змінні

Явище, яке досліджують	Методика дослідження	Кодування	Українська версія
Позитивний та негативний афект	Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	OPANA	Опитувальник позитивного та негативного афекту (ОПАНА) (Кліманська, & Галецька, 2020).
Безнадія	Beck Hopelessness Scale	BHS	Шкала безнадії Бека
Психологічне благополуччя Фізичне здоров'я та благополуччя Благополуччя у стосунках Суб'єктивне благополуччя	The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, M. Kinderman)	BBC-SWB	Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (адаптація Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер, 2022)

Опитувальники передбачали почасти вимір різних часових перспектив стану (наприклад, за останні 2 тижні чи місяць), тому ця частина інструкції була виділена для привернення уваги та покращення навігації. В основному, виділення полягало у форматуванні тексту напівжирним шрифтом чи підкресленням. Наголошення в інструкції робилося за допомогою виділення курсивом.

Вимірювання депресії (PHQ-9) та тривоги (GAD-7)

Депресія та тривога окрім того, що часто пов'язані поміж собою, також визначаються і в контексті факторів, які впливають на суїцидальну поведінку.

Опитувальник PHQ-9 може бути використаний для осіб із депресивними проявами на первинній медичній консультації, він показав свою ефективність як влучний скринінг для пацієнтів з потенційним суїцидальним ризиком (Kim, S., Lee, H. K., & Lee, K., 2021). Прогностичний потенціал комбінації PHQ-9 та C-SSRS дозволяє виявити осіб з групи ризику (тих, які мають прояви депресії та знаходяться під значним психологічним стресом) і безпосередньо оцінити суїцидальний ризик як такий (Chung et al., 2023). Також PHQ-9 може передбачати високий ризик розвитку суїцидальної поведінки, яка потребує інтервенцій, у осіб, які мають розлади, пов'язані із зловживанням психоактивних речовин (Yarborough et al., 2021).

Цікавим є дослідження зв'язків тривоги, депресії та суїцидальності на окремих вибірках. Наприклад, у мета-аналізі Satinsky et al. (2021) адміністратори університетів та психіатричні клініцисти висловили занепокоєння щодо депресії та тривоги серед аспірантів. Після пошуку відповідних досліджень до аналізу було включено 32 статті. Серед них 16 досліджень констатували статистично значущу поширеність клінічних симптомів депресії серед 23 469 аспірантів, зведена оцінка частки студентів з депресією становила 0,24 (95% довірчий інтервал [CI], 0,18–0,31; $I^2 = 98,75\%$). У мета-аналізі дев'яти досліджень, які повідомляють про поширеність клінічно значущих симптомів тривоги серед 15 626 студентів, оціночна частка студентів із тривогою становила 0,17 (95% ДІ, 0,12–0,23; $I^2 = 98,05\%$). Автори дійшли висновку, що депресія та тривога дуже поширені серед аспірантів та рекомендують впровадження систематичного підходу для підтримки їх психічного здоров'я.

Оцінка суїцидального ризику. Шкала оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету C-SSRS (скринінгова версія)

Як правило, діагностичні методики для фіксації суїцидальних ідеацій та поведінки передбачають оцінку проявів клініцистом та/чи самотійно.

Вони можуть бути призначені для більш точкової і специфічної оцінки, наприклад, певних проявів (антисуїцидальних факторів), певних груп (оцінка суїцидального ризику у дітей та підлітків) тощо.

Застосування методів оцінки суїцидальності завше має передбачати розуміння цілей оцінки (наприклад, дослідження, скринінг, інтервенція), віку респондента, часу, який він/вона могли б виділити на дослідження та психометричних властивостей інструментарію.

Оцінювання суїцидального ризику має тенденцію до того, щоб давати змогу заповнювати опитувальники, пов'язані з суїцидальністю, безпосередньо потенційному суїциденту, або проводиться клініцистом на основі даних самозвіту, які були отримані під час клінічного інтерв'ю. Таким чином, і у нашому дослідженні ми використовуємо скринінгову методику для оцінки суїцидального ризику та комбінуємо її із напівструктурованим інтерв'ю, яке проводив експериментатор, що міг оцінити вираженість відповідних проявів.

Ідентифікація потенційного суїцидального ризику для запобігання самогубствам є доволі розповсюдженою практикою у різних закладах охорони психічного здоров'я.

Зокрема, у відділеннях невідкладної психіатричної допомоги частішали випадки використання скринінгових методик для оцінки суїцидальних ризиків. Констатовано ефективність використання C-SSRS (скринінгова версія) як початкового кроку перед клінічною оцінкою суїцидального ризику (Bjureberg et al., 2021; Syndergaard et al., 2023).

Вимірювання посттравматичного стресового розладу. Міжнародний опитувальник травми (ITQ-CPTSD)

Міжнародний опитувальник травми – це методика, яка дозволяє визначити наявність симптомів ПТСР та комплексного ПТСР. Симптоми комплексного ПТСР визначені за допомогою ITQ-CPTSD корелюють з вираженням суїцидальним ризиком (McGinty, Fox, & Hyland, 2023). Вимірювання та діагностика рівня вираженості ПТСР є особливо актуальною для вибірки на території України, особливо, на початку повномасштабного вторгнення РФ у лютому 2022 року (Kurapov, Danyliuk et al., 2023; Kurapov, Kalaitzaki et al., 2023).

Прикладом влучної імплементації імерсивних технологій з урахуванням базових та гострих факторів є, наприклад, дослідження, яке виявило, що VRT може допомогти зменшити ризик суїцидальної поведінки серед ветеранів з симптомами ПТСР (Reger et al., 2011). Саме тому ми оцінюватимемо як прямий суїцидальний ризик, так і симптоми та прояви депресивності, тривожності, розладів адаптації та подібних факторів, які часто асоціюють із суїцидальністю.

Вимірювання позитивного та негативного афектів (OPANA)

Оцінка позитивного та негативного афекту в контексті суїцидальності важлива тим, що емоційні стани передбачають основу для формування загального рівня задоволення своїм життям. Суїцидальні думки можуть опосередковувати зв'язок емоційного афекту та спроби самогубства (Rubio et al., 2020). Особи, які мають виражений суїцидальний ризик демонстрували підвищений рівень тривожності та негативного афекту, а також низький рівень позитивного афекту за методикою PANAS (Podlogar et al., 2018).

Опитувальник позитивного та негативного афекту (OPANA) було розроблено Кліманською та Галецькою (2020) на основі методики PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Авторки адаптації методики українською зазначають, що афективний баланс має свої зв'язки із загальним емоційним станом та показниками суб'єктивного благополуччя особистості. Позитивний афект у цій методиці може бути концептуалізований наявністю відчуття енергійності, активності та залученості, а негативний афект – гнівом, зневагою, огидою, провинною, страхом, нервозністю. Низький рівень позитивного афекту характеризується смутком і млявістю, негативного афекту – станом спокою та безтурботності. Ці прояви відображаються у відповідних станах, включаючи тривожність, депресивність тощо.

Вимірювання безнадії. Шкала безнадії Бека (BHS)

Численні дослідження показують, що безнадія може бути як і коморбідною при депресії, так і безпосередньо виступати провісником суїцидальних думок і поведінки (Alloy, Abramson, Metalsky, & Hartlage, 1988; Beck, 1967, 1986; Beck, Steer, Beck, & Newman, 1993; Dyer, & Kreitman, 1984; Minkoff, Bergman, Beck, & Beck, 1973).

Безнадійність може бути концептуалізована як набір негативних очікувань щодо майбутнього та може бути пов'язана з уявленнями про особисту ефективність або компетентність для вирішення проблем. Ці очікування можуть бути як компонентами стану, так і рис особистості. Відчуття безнадії посилюється в періоди емоційного стресу (наприклад, за великих депресивних епізодів) і зменшується, коли епізод минає (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990). Частина осіб відчуває більш хронічні, характерні почуття песимізму або безнадійності (Young et al., 1996). Дослідження свідчать про те, що безнадія як риса пацієнта, або базовий рівень безнадії як такий, передбачають скоєння спроб самогубства у майбутньому, тоді як поступове збільшення та загальний бал за цим показником – ні (Young et al., 1996). Таким чином, безнадійність можна розглядати як хронічний, так і гострий фактор ризику самогубства.

Вимірювання показників суб'єктивного благополуччя (BBC-SWB)

Рівень суб'єктивного благополуччя відображає когнітивну та емоційну складову життя людини у її оцінці різних сфер своєї життєдіяльності. Багато емпіричних досліджень припускають наявність негативного зв'язку між аутодеструктивними тенденціями та загальним рівнем благополуччя (Hirsch, Duberstein, & Unutzer, 2009). У більшості досліджень констатують позитивний зв'язок між аутоагресією та негативною оцінкою особистістю свого життя (Soares et al., 2016).

На противагу цьому часом існують контрверсійні дослідження, в яких самогубство негативно пов'язане із задоволеністю життям або щастям, але самогубство було більше пов'язане із задоволеністю життям або щастям у осіб літнього віку, ніж у молодих (Bray, & Gunnell, 2006). В іншому дослідженні показники задоволеності життям або щастям передбачили рівень самогубств та суїцидального ризику як такого у чоловіків, але не у жінок (Voracek, 2009).

Для іншого прикладу було встановлено, що якість життя (включаючи задоволеність життям) позитивно пов'язана з суїцидальними спробами та рівнем самогубств (Lester, 1989). В індустріально розвинутих країнах було виявлено, що рівень суїцидів суттєво та позитивно пов'язаний зі щастям (Lester, 2002).

Подібним чином люди похилого віку в скандинавських країнах повідомили про найвищу задоволеність життям, найкомфортніший рівень доходу та відносно кращий загальний стан здоров'я серед усіх досліджуваних країн; незважаючи на це, суїцидальний ризик для людей похилого віку все ще був відносно високим (Wu, Värnik, Toeding, Värnik, & Kasearu, 2014).

Саме тому, важливою є комплексна оцінка суїцидальності та різних показників суб'єктивного благополуччя, що уможливлюється змінними,

які доступні у методиці «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)» та доступна українською в адаптації Л. М. Карамушки, К. В. Терещенко, О. В. Креденцер (2022).

Висновки до розділу 2

1. Дослідження психологічних ефектів превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій передбачає формування експериментальної процедури в контексті клінічної психології. Найоптимальнішим у відповідності до завдань і мети нашого дослідження є план, який уможливорює осяжний контроль за внутрішніми та зовнішніми загрозами валідності експерименту, тобто план істинного експерименту, адже нам необхідно вивчити саме вплив імерсивних технологій, а не інші можливі артефакти під час процедури дослідження.

2. Організація процедури дослідження відповідає плану Соломона Аша, який дозволяє сформувати дві контрольні та дві експериментальні групи. Це дозволяє виміряти ефекти від експериментального впливу, який забезпечувався переглядом 360° відео у VR-окулярах, а також проконтролювати ефекти, пов'язані з проходженням опитувальників до здійснення експериментального впливу.

3. Вибірку у цьому експерименті складають 120 киян, 60 чоловіків та 60 жінок, віком від 19 до 64 років, у яких до та після експериментального впливу вимірюються зміни у показниках позитивного та негативного афектів, безнадії та різних компонентів суб'єктивного благополуччя, а саме: психологічного благополуччя, фізичного благополуччя, благополуччя у стосунках та загального суб'єктивного благополуччя.

4. Напівструктуроване інтерв'ю після процедури експериментального дослідження дозволяє отримати додаткові дані про

стан учасників експерименту. Зворотний зв'язок, який вони мають можливість залишити в анонімному порядку за власним бажанням, дозволяє поглибити розуміння характеру сприймання ними дослідження та чинників, які можуть впливати на формування психологічних ефектів внаслідок перегляду відео.

5. Дослідження самогубства та інтервенції з використанням віртуальної реальності передбачає адаптацію процедури до потенційних ризиків: розвитку суїцидальної поведінки, виникнення симптомів кінетозу внаслідок використання VR-окулярів тощо. Це вимагає від експериментатора відповідної підготовки та навичок, наприклад, інформування про номери телефонів спеціалізованих гарячих ліній, володіння основами надання першої психологічної допомоги та кризової підтримки тощо.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЕФЕКТІВ ПРЕВЕНЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЗАСОБАМИ ІМЕРСИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

3.1. Аналіз результатів експерименту за планом Соломона

3.1.1. Порівняння ЕГ1 та КГ1

Ці групи в експерименті організованому за планом Соломона є основними експериментальною та контрольною групами. Порівняння цих груп дає змогу оцінити психологічні ефекти експериментального впливу у проведеному експерименті.

Аналіз дескриптивних статистик за віком показав, що варіабельність та розподіл даних в обох групах подібний, хоч і є зовсім незначна різниця у середніх значеннях. Показники у експериментальній групі 1 та контрольній групі 1 наступні: кількість осіб (N) по 30 осіб (у кожній групі по 15 чоловіків і 15 жінок); середнє значення (Mean) в ЕГ1 (35,6) та в КГ1 (35,8); мінімальне значення (Minimum) в ЕГ1 (19) та в КГ1 (19); максимальне значення (Maximum) в ЕГ1 (64) та в КГ1 (62); помилка середнього (Std. Error Mean) в ЕГ1 (2,45) та в КГ1 (2,28); стандартне відхилення (Std. Deviation) в ЕГ1 (13,4) та в КГ1 (12,5); асиметрія (Skewness) в ЕГ1 (0,574) та в КГ1 (0,540); помилка асиметрії (Std. Error Skewness) 0,427 для обох груп; ексцес (Kurtosis) в ЕГ1 (-0,997) та в КГ1 (-0,672) та помилка ексцесу (Std. Error Kurtosis) 0,833 для обох груп.

Експериментальна група 1, складається з 30 учасників, середній вік яких складає 35,6 років (SD = 13,4). Середні показники за опитувальниками для ЕГ1 отримано наступні: 7,37 (SD = 5,24) для депресивності та 6,53 (SD = 5,11) для тривожності. Рівнів вираженості показників за кількістю учасників для депресивності наступні: 10

учасників цієї групи мали відсутні прояви, 11 учасників – м'яку; 6 осіб – помірну; 2 особи – помірно-важку та 1 особа – важку. За тривожністю: 12 осіб – низький рівень; 12 – помірний; 6 – середній та жодного учасника з високим.

За Шкалою оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS) 18 осіб цієї групи не мають вираженого ризику; 5 – низький рівень; 6 – середній та 1 учасник має високий суїцидальний ризик.

За міжнародним опитувальником травми (ITQ), загальний показник ПТСР для ЕГ1 склав 6,60 ($SD = 4,52$) та мав наступні прояви субшкал: дисрегуляція афекту (ITQ_C_AD) = 2,10 ($SD = 1,30$); негативна концепція себе (ITQ_C_NSC) 1,60 ($SD = 2,13$); порушення стосунків (ITQ_C_DR) = 2,77 ($SD = 2,34$) та порушення самоорганізації (ITQ_DSO) = 6,47 ($SD = 4,67$) відповідно. У інших шкалах ITQ середні бали показників були наступні: повторне переживання тут і тепер (ITQ_P_Re) 1,60 ($SD = 1,35$), уникання (ITQ_P_Av) 2,77 ($SD = 2,47$) та підвищене почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th) 2,23 ($SD = 2,11$). 4 учасника з цієї групи за сукупністю показників мають виражений комплексний ПТСР.

У свою чергу, контрольна група 1 також складається з 30 учасників, середній вік яких складає 35,8 років ($SD = 12,5$). Середні показники за опитувальниками для цієї групи отримано наступні: 8,43 ($SD = 7,13$) для депресії та 8,30 ($SD = 6,45$) для тривоги. Для депресії за кількістю учасників вираженість показнику наступна: у 11 учасників – відсутня; 9 учасників – м'яка; 5 – помірна; 2 – помірно-важка та важка у 3 осіб. За тривожністю: 11 учасників мають низький рівень; 7 – помірний; 7 – середній та 5 учасників – високий.

За скринінговою версією Шкали оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS), 19 учасників цієї групи не мають вираженого ризику, 1 – низький рівень, 9 – середній, ще 1 учасник має

високий суїцидальний ризик. У порівнянні з ЕГ1, такі результати демонструють більшу вираженість СР у цій групі.

За міжнародним опитувальником травми (ITQ), загальний показник ПТСР для контрольної групи 1 склав 5,60 (SD = 5,41) та мав наступні прояви субшкал: дисрегуляція афекту (ITQ_C_AD) 1,97 (SD = 1,45); негативна концепція себе (ITQ_C_NSC) 1,23 (SD = 1,61); порушення стосунків (ITQ_C_DR) 2,23 (SD = 2,39) та порушення самоорганізації (ITQ_DSO) 5,43 (SD = 4,66). У інших шкалах ITQ середні бали показників були наступні: повторне переживання тут і тепер (ITQ_P_Re) 1,20 (SD = 1,58), уникання (ITQ_P_Av) = 1,87 (SD = 1,98) та підвищене почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th) = 2,53 (SD = 2,56). Виражений комплексний ПТСР за сукупністю показників мають 2 учасника з цієї групи, що дещо менше ніж в експериментальній групі 1.

Для аналізу зміни психологічних ефектів у групах, в яких здійснювався вимір до та після експериментального впливу (ЕГ1 та КГ1), та з метою підбору методів статистичного аналізу їх оцінки для перевірки гіпотези нашого дослідження, ми перевірили показники позитивного афекту, негативного афекту, безнадії, психологічного благополуччя, фізичного благополуччя, благополуччя у стосунках та суб'єктивного благополуччя на нормальність розподілу за тестом Шапіро-Вілка, адже маємо групи з малим n (30 осіб).

Таким чином, в експериментальній групі показники позитивного афекту ($W = 0.911$, $p \text{ value} = 0.016$), негативного афекту ($W = 0.889$, $p \text{ value} = 0.004$), безнадії ($W = 0.775$, $p \text{ value} = 0.000$), фізичного благополуччя ($W = 0.848$, $p \text{ value} = 0.001$), благополуччя у стосунках ($W = 0.840$, $p \text{ value} = 0.000$) і суб'єктивного благополуччя ($W = 0.835$, $p \text{ value} = 0.000$); а також в контрольній групі – позитивного афекту ($W = 0.829$, $p \text{ value} = 0.000$), негативного афекту ($W = 0.828$, $p \text{ value} = 0.000$), безнадії ($W = 0.894$, $p \text{ value} = 0.006$), благополуччя у стосунках ($W = 0.473$, $p \text{ value} = 0.000$) і

суб'єктивного благополуччя ($W = 0.777$, $p \text{ value} = 0.000$) відповідають показникам, відмінним від нормального розподілу ($p < 0.05$), і для їх аналізу мають використовуватися непараметричні критерії.

Показник психологічного благополуччя в ЕГ ($W = 0.953$, $p \text{ value} = 0.207$) та психологічного ($W = 0.958$, $p \text{ value} = 0.272$) і фізичного ($W = 0.958$, $p \text{ value} = 0.272$) благополуччя в КГ відповідають параметрам нормального розподілу ($p > 0.05$) і тому ми можемо застосовувати параметричні критерії.

Оскільки експериментальна гіпотеза нашого дослідження полягає у тому, що результати асоційованих з суїцидальністю факторів у групах після експериментального впливу відрізняються від вимірів до нього, і, відповідно, існує певний психологічний ефект після перегляду відео у VR-окулярах, ми маємо протестувати залежні вибірки (ЕГ1 до та після експериментального впливу; КГ1 до та після експериментального впливу) для того, щоб визначити міри центральної тенденції та прийняти рішення про статистичні методи аналізу даних та, відповідно, використовувати параметричні або непараметричні критерії, згідно з тим, чи відповідає розподіл аналізованих показників нормальному.

Спочатку аналізуємо наявність або відсутність впливу за критерієм Вілкоксона для показників з ненормальним розподілом (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Аналіз вибірки на наявність або відсутність впливу за критерієм
Вілкоксона**

Показник	Група	Середнє значення ранків (позитивних)	Медіана до (Md pretest)	Медіана після (Md posttest)	Z	p-value (two-tailed)
Позитивний афект	ЕГ1 до та після експ.	13.65	27.00	32.00	-3.008	0.003

Продовження табл. 3.1

Негативний афект	ЕГ1 до та після експ.	10.56	13.00	11.00	-1.635	0.102
Безнадія	ЕГ1 до та після експ.	5.00	4.00	4.00	-2.330	0.020
Фізичне благополуччя	ЕГ1 до та після експ.	10.56	22.00	22.50	-2.428	0.015
Благополуччя у стосунках	ЕГ1 до та після експ.	8.64	18.00	18.00	-0.029	0.977
Суб'єктивне благополуччя	ЕГ1 до та після експ.	15.20	82.00	83.50	-2.415	0.016
Позитивний афект	КГ1 до та після експ.	17.39	27.50	30.00	-1.740	0.082
Негативний афект	КГ1 до та після експ.	7.64	14.00	13.00	-1.943	0.052
Безнадія	КГ1 до та після експ.	5.88	6.00	5.00	-2.357	0.018
Благополуччя у стосунках	КГ1 до та після експ.	10.83	16.00	16.50	-1.330	0.184
Суб'єктивне благополуччя	КГ1 до та після експ.	12.86	78.50	80.50	-1.409	0.159

Порівнюючи виміри до та після впливу в експериментальній групі 1, можемо відзначити, що після експерименту значно покращився позитивний афект, що підкріплюється зміною показників від 27.00 до 32.00 ($Z = -3.008$, $p = 0.003$); рівень безнадії лишився на тому ж рівні за показником медіани 4.00, але показав статистично значущі зміни в сторону покращення ($Z = -2.330$, $p = 0.020$); до певної міри покращився рівень фізичного благополуччя зі статистично значущими змінами

медіани у проміжку від 22.00 до 22.50 ($Z = -2.428$, $p = 0.015$) та суб'єктивного благополуччя з показниками від 82.00 до 83.50 ($Z = -2.415$, $p = 0.016$); показники негативного афекту змінилися на рівні, що не є статистично значущим, хоча їх значення і змінилися від 13.00 до 11.00 ($Z = -1.635$, $p = 0.102$), та благополуччя у стосунках, показник якого лишився стабільним: 18.00 ($Z = -0.029$, $p = 0.977$).

На контрасті з наведеними вище даними, показники в контрольній групі 1 змінювалися менш стабільним чином: зменшився на рівні статистичної значущості показник безнадії: від 6.00 до 5.00 ($Z = -2.357$, $p = 0.018$); зміна показників від 27.50 до 30.00 для позитивного ($Z = -1.740$, $p = 0.082$) та від 14.00 до 13.00 – для негативного ($Z = -1.943$, $p = 0.052$) афектів виявилася незначущою; так само як і для благополуччя у стосунках та суб'єктивного благополуччя, зі зміною показників від 16.00 до 16.50 ($Z = -1.330$, $p = 0.184$) та від 78.50 до 80.50 ($Z = -1.409$, $p = 0.159$) відповідно.

Таким чином, для подальшої інтерпретації на основі показників критерію Вілкоксона ми бачимо, що статично значущий результат ми отримали в експериментальній групі 1 у показниках позитивного афекту, безнадії, фізичного благополуччя, суб'єктивного благополуччя та в контрольній групі 1 у показника безнадії.

Статистично значущого результату ми не отримали в експериментальній групі 1 у показниках негативного афекту, благополуччя у стосунках та в контрольній групі 1 у показниках позитивного афекту, негативного афекту, благополуччя у стосунках і суб'єктивного благополуччя.

Далі ми аналізуємо асоційовані з суїцидальністю параметри, розподіл яких відповідає нормальному за допомогою параметричного критерію, а саме Т критерію Ст'юдента (див. табл. 3.2).

Таким чином, ми аналізуємо до та після експериментального впливу зміни у показника психологічного благополуччя у експериментальній групі 1, а також у показниках психологічного благополуччя та фізичного благополуччя у контрольній групі 1.

Таблиця 3.2

**Аналіз вибірки на наявність або відсутність впливу за Т критерієм
Ст'юдента**

Показник	Група	Середнє значення до впливу	Середнє значення після впливу	T	p- value (two- tailed)
Психологічне благополуччя	ЕГ1 до та після експ.	41.40	43.03	-2.394	0.023
Психологічне благополуччя	КГ1 до та після експ.	41.30	40.00	2.129	0.042
Фізичне благополуччя	КГ1 до та після експ.	20.40	21.00	-1.814	0.080

Показник психологічного благополуччя в КГ1 на рівні статистичної значущості змінився у бік його покращення: від 41.40 до 43.30 ($T = -2.394$, $p = 0,023$), на відміну від КГ1, в якій він змінився у бік погіршення: від 41.30 до 40.00 ($T = 2.129$, $p = 0,042$). Також в КГ1 незначно змінилися показники фізичного благополуччя від 20.40 до 21.00 ($T = -1.814$, $p = 0,080$).

Порівнюючи показники вимірюваних психологічних ефектів в експериментальній та контрольній групах, ми можемо констатувати наявність впливу на асоційовані з суїцидальністю показники внаслідок

перегляду відео в VR-окулярах і, таким чином, підтвердити експериментальну гіпотезу нашого дослідження.

Зокрема, в експериментальній групі 1, на противагу контрольній групі 1, значно покращуються показники позитивного афекту, психологічного, фізичного та суб'єктивного благополуччя.

Показник рівня безнадії змінився на рівні статистичної значущості у бік покращення як з, так і без експериментального впливу, що може свідчити про загальні покращення внаслідок участі в такій процедурі дослідження.

Додатково варто звернути увагу на те, що відбулись зміни у бік погіршення за показником психологічного благополуччя в контрольній групі, що може вимагати додаткової перевірки цього параметра, оцінюючи ефект попереднього та повторного тестування.

Статистично значущих змін не було виявлено за показниками негативного афекту, хоча ми й можемо відмітити більш виражену тенденцію до його зменшення внаслідок експериментального впливу. Також значущих змін не встановлено за показником рівня благополуччя у стосунках. Виявлені результати вимагають подальшої перевірки за рахунок аналізу даних щодо змін у групах експериментальній групі 2 та контрольній групі 2.

Аналіз зворотного зв'язку учасників, який доповнює отримані результати, наведено у пункті 3.2.3.

3.1.2. Порівняння ЕГ2 та КГ2

Ці групи в рамках експерименту за планом Соломона є як контрольними для основної процедури експерименту з виміром до та після експериментального впливу, так і експериментальною та контрольною одна для одної.

Порівняння цих груп дає змогу розшири уявлення про VR-інтервенцію в цьому експерименті, за рахунок контролю впливу виміру до експериментального впливу.

Аналіз вікових особливостей цих груп свідчить про те, що, хоча середні значення різняться, варіабельність та розподіл даних в обох групах є подібними. Високі значення асиметрії можуть свідчити про нерівномірний розподіл даних в бік вищих значень (див. табл.3.3). Тобто для експериментальної групи 2 та контрольної групи 2 вік учасників, як правило, був вище середнього.

Таблиця 3.3

Аналіз вікових показників у ЕГ2 та КГ2

Показник	ЕГ2	КГ2
Кількість осіб (N)	30	30
Середнє значення (Mean)	35,8	33,8
Мінімальне значення (Minimum)	19	21
Максимальне значення (Maximum)	63	63
Помилка середнього (Std. Error Mean)	2,29	2,19
Стандартне відхилення (Std. Deviation)	12,5	12,0
Асиметрія (Skewness)	0,415	0,919
Помилка асиметрії (Std. Error Skewness)	0,427	0,427

Продовження табл. 3.3

Екседс (Kurtosis)	-0,940	-0,113
Помилка ексцесу (Std. Error Kurtosis)	0,833	0,833

ЕГ 2, що складається з 30 учасників, середній вік яких складає 35,8 років ($SD = 12,5$). За показником депресії, отриманому за Опитувальником PHQ-9, середній бал цієї групи складає 9,20 ($SD = 6,90$) та 7,57 ($SD = 5,80$) за показником тривоги, отриманому за GAD-7.

За Міжнародним опитувальником травми (ITQ), у шкалі повторного переживання тут і тепер (ITQ_P_Re) середній бал був 1,37 ($SD = 1,54$), тоді як показники уникання (ITQ_P_Av) і підвищеного почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th) показали середні значення 1,63 ($SD = 2,04$) і 2,00 ($SD = 1,97$) відповідно.

Загальний показник посттравматичного стресового розладу має середній бал 5,00 ($SD = 4,76$). Що стосується комплексного ПТСР середні бали показників були наступними: дисрегуляція афекту (ITQ_C_AD) = 2,47 ($SD = 2,05$); негативна концепція себе (ITQ_C_NSC) = 1,50 ($SD = 2,16$); порушення стосунків (ITQ_C_DR) = 2,20 ($SD = 2,37$) та порушення самоорганізації (ITQ_DSO) = 6,17 ($SD = 6,05$) відповідно.

Контрольна група 2, до якої також увійшли 30 учасників, має середній вік 33,8 років ($SD = 12,0$). Середні показники цієї групи за Шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) і Опитувальником пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9) становили 7,10 ($SD = 4,74$) і 7,93 ($SD = 5,92$) відповідно.

Субшкали Міжнародного опитувальника травми (ITQ), а саме: повторне переживання тут і тепер (ITQ_P_Re), уникання (ITQ_P_Av) та підвищеного почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th) – мали вищі середні

значення, порівняно з експериментальною групою 2, маючи значення 2,07 (SD = 2,05), 2,13 (SD = 2,11) і 2,50 (SD = 2,58) відповідно.

Шкала ПТСР (ITQ_PTSO) має середній бал 6,70 (SD = 6,03), а середні бали субшкал комплексного ПТСР (ITQ_CPTSD) були наступні: для афективної дисрегуляції (ITQ_C_AD) = 2,70 (SD = 1,53); для негативної концепції себе (ITQ_C_NSC) = 2,17 (SD = 2,39); для порушення стосунків (ITQ_C_DR) = 2,57 (SD = 2,42) та 7,43 (SD = 5,69) – для порушення самоорганізації (ITQ_DSO).

За скринінговою версією Шкалою оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS) більшість учасників в обох групах були віднесені до найнижчого рівня ризику суїциду, з 23,3% у експериментальній групі 2 та 21,7% у контрольній групі 2, що свідчить про низький рівень ризику самогубства у цих групах.

Тести Шапіро-Вілка на нормальність розподілу для субшкал Міжнародного опитувальника травми (ITQ) повторного переживання тут і тепер (ITQ_P_Re) ($p < 0,001$), уникання (ITQ_P_Av) ($p < 0,001$) та підвищеного почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th) ($p = 0,002$) показали значні відхилення від нормального розподілу.

Для експериментальної групи 2 був помітним розкид для субшкал ITQ, зокрема, показники повторного переживання тут і тепер (ITQ_P_Re) (2,00), уникання (ITQ_P_Av) (3,00) і підвищеного почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th) (2,75), що свідчить про значну варіабельність і пов'язаність із симптомами ПТСР близько 50% відповідей. Ця мінливість важлива, оскільки вона може відображати різні рівні або типи впливу травми серед учасників в цих групах.

Інтерквартильний розкид для негативного афекту (NA) становив 2,75, що, поряд із високими значеннями асиметрії та ексцесу, вказує на ненормальний розподіл з потенціалом для більш екстремальних оцінок на обох кінцях шкали. Ця модель свідчить про те, що в той час, як деякі люди

відчувають слабкий негативний афект, інші можуть відчувати його досить інтенсивно.

За показниками позитивного афекту (РА) та негативного афекту (NA) експериментальна група 2 мала середній бал РА 31,2 (SD = 10,8) та NA 13,4 (SD = 6,61). Контрольна група 2 має нижчий рівень позитивного афекту (РА) та вищий рівень негативного афекту (NA), зі значеннями 27,0 (SD = 8,01) та 18,1 (SD = 8,83) відповідно. Шкала негативного афекту (NA) для контрольної групи 2 також показала ненормальний розподіл ($p < 0,001$), що свідчить про наявність викидів або асиметричного розподілу відповідей.

Таблиця 3.4

Аналіз нормальності розподілу показників позитивного та негативного афекту

Показник	Статистичний критерій	df	p	Різниця середніх	95% ДІ [Нижній, Верхній]	Розмір ефекту (d Коена)	Розмір ефекту СІ [Нижній, Верхній]	Розмір ефекту СІ [Нижній, Верхній]
РА	Т-критерій Ст'юдента	1.712	58.0	0.092	2.454	[-0.712, 9.112]	0.4419	[-0.0803, 0.9569]
NA	U-критерій Манна-Уїтні	240	—	0.002	—	[-6.00, -1.00]	0.46778	—

Примітка: СІ = довірчий інтервал, df = ступені свободи. d Коена використовувалося для РА (Т-критерій Ст'юдента) і рангово-бісеріальна кореляція для NA (U-критерій Манна-Уїтні).

Перед порівнянням груп за позитивним афектом (РА) та негативним афектом (NA) ми перевірили припущення щодо рівності дисперсій і нормальності.

Для оцінки однорідності дисперсій використовували критерій Лівена та дисперсійне відношення, а для оцінки нормальності розподілу використовували тест Колмогорова-Смірнова.

Для позитивного афекту (РА) тест Лівена не показав суттєвої різниці у дисперсіях між групами, $F(1, 58) = 2,4177$, $p = 0,125$. Співвідношення дисперсії додатково підтверджує це з $F(29, 29) = 1,814$, $p = 0,115$.

Подібним чином, для негативного афекту (НА), критерій Лівена, $F(1, 58) = 2,9630$, $p = 0,091$, і відношення дисперсій $F(29, 29) = 0,560$, $p = 0,124$, обидва свідчать про однорідність дисперсій.

Для позитивного афекту (РА) тест Колмогорова-Смірнова становив $D = 0,1257$ з p -значенням $0,299$. Цей результат не вказував на суттєве відхилення від норми, що свідчить про те, що розподіл показників РА можна вважати нормальним.

Навпаки, для негативного афекту (НА) тест Колмогорова-Смірнова показав статистику $D = 0,2733$ із значенням $p < 0,001$, що вказує на значне відхилення від нормального розподілу. Цей результат свідчить про те, що розподіл балів негативного афекту (НА) у вибірці не відповідав нормальному.

Для порівняння балів позитивного афекту (РА) між групами було проведено t -тест для незалежних вибірок. Показник T -тесту $= 1,712$ з 58 ступенями свободи та p -значенням $0,092$. Середня різниця в балах позитивного афекту між групами становила $4,200$ ($SE = 2,454$), з 95% довірчим інтервалом від $-0,712$ до $9,112$. Величина ефекту, виміряна за допомогою d Коена, становила $0,4419$, що свідчить про середній ефект з довірчим інтервалом від $-0,0803$ до $0,9569$.

Через ненормальний розподіл балів негативного афекту (НА) було проведено U -тест Манна-Уїтні. Тест дав U -статистику 240 і p -значення $0,002$, що вказує на значну різницю в балах негативного афекту між

групами. Величина ефекту, розрахована як рангово-бісеріальна кореляція, становила 0,46778, що вказує на вплив від середнього до великого. Середня різниця в рангах становила -3000 з 95% довірчим інтервалом від -6,00 до -1,00.

Порівнюючи між собою показники позитивного та негативного афекту між групами (див. рис. 3.1), ми бачимо, що у групі, яка зазнавала експериментального впливу (група 5) позитивний афект (РА) вищий, ніж у групі, яка не переглядала ролик (група 6), а негативний афект (NA) – менший.

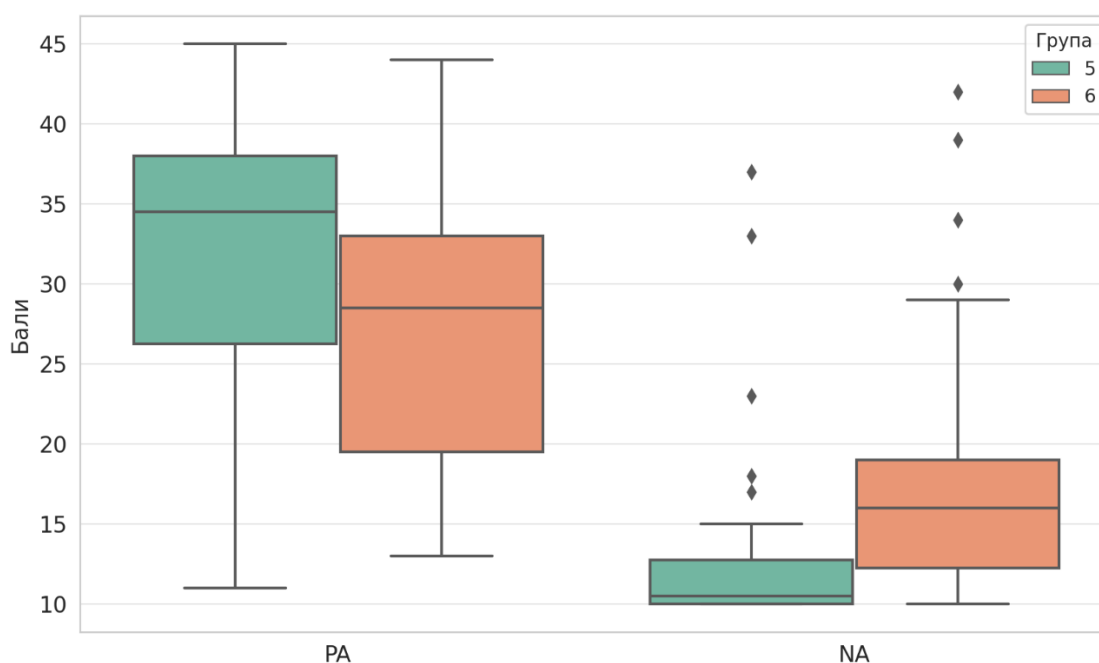


Рис. 3.1. Коробчастий графік порівняння показників РА та NA для ЕГ2 (група 5) та КГ2 (група 6)

Тобто, ми можемо говорити про тенденцію до підвищення позитивного афекту внаслідок VR-інтервенції. Відповідно, у експериментальній групі 2 (група 5) значно менший негативний афект, у порівнянні з контрольною групою 2 (група 6), що може свідчити про

тенденцію до зниження негативного афекту внаслідок експериментального впливу.

За шкалою безнадії Бека (BHS) середній бал експериментальній групі 2 був 4,90 ($SD = 4,01$), а для контрольної групи 2 – 4,57 ($SD = 3,20$).

Проаналізуймо також показники благополуччя. Психологічне благополуччя (PsW) у ЕГ2 становить 41,2 ($SD = 11,9$) та 40,5 балів ($SD = 8,03$) – у КГ2; середнє значення балів для фізичного благополуччя (PhHW) та суб'єктивного благополуччя (SubW) у ЕГ2 дорівнює 21,2 ($SD = 6,61$) і 79,5 ($SD = 22,1$) відповідно; у КГ2 – 20,7 ($SD = 4,60$) і 76,6 ($SD = 14,8$) відповідно.

Субшкала благополуччя у стосунках для ЕГ2 складає 17,1 ($SD = 5,01$) та 15,3 ($SD = 4,29$) – у КГ2. Таким чином, ми можемо говорити про потенційне покращення показників суб'єктивного благополуччя внаслідок перегляду відео у віртуальній реальності. Окремо, важливими виступають також примітки щодо проведення процедури дослідження у більш скороченому часовому форматі, що в загальному підтримує цікавість учасників та оптимальніше відображення на їх емоційному стані та загальному рівню благополуччя як такого.

Подібним чином контрольна група 2 продемонструвала виражені значення інтерквартильного розкиду (IQR) для субшкал Міжнародного опитувальника травми (ITQ) повторного переживання тут і тепер (ITQ_P_Re) (3,00), уникання (ITQ_P_Av) (4,00) і підвищеного почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th) (4,75), що вказує на широкий спектр досвіду, пов'язаного з травмою.

IQR для негативного афекту (NA) в цій групі становив 6,75, що підтверджує наявність мінливості негативних емоційних переживань серед учасників. Більш широкий IQR у поєднанні з результатами тесту Шапіро-Вілка свідчить про те, що розподіл балів негативного афекту в контрольній групі 2 є особливо викривленим. Ця група учасників

експериментального дослідження потенційно відчуває високий рівень негативних емоцій.

Ми констатуємо також прояви властиві посттравматичному стресовому розладу (ПТСР) та комплексному посттравматичному стресовому розладу (кПТСР), не завжди маючи інформацію про них, надану учасниками. Зокрема, учасники експерименту могли мати виражені прояви такі як: повторне переживання чогось в моменті тут і тепер, уникання, почуття загрози в моменті, дисрегуляція афекту, негативна концепція себе, порушення у стосунках та порушення самоорганізації.

Тобто вищеперераховані симптоми не завжди було діагностовано лікарем-психіатром чи учасник/учасниця не вказали їх у відповідь на питання про цей показник у Google формі.

Таким чином, ми можемо зазначити необхідність аналізу цих показників докладніше, із врахуванням контексту повномасштабного вторгнення РФ та війни, а також специфіки індивідуального досвіду учасників експерименту, які могли мати посттравматичний стресовий розлад та/чи його прояви з інших причин.

3.2. Аналіз зв'язків між досліджуваними психологічними ефектами

3.2.1. Кореляційний аналіз досліджуваних показників

Для підрахунку зв'язків між змінними у нашому експерименті ми використали коефіцієнт рангової кореляції r -Спірмена.

Отримані результати, а саме матрицю кореляцій для вибраних змінних представлено на рис. 3.2.

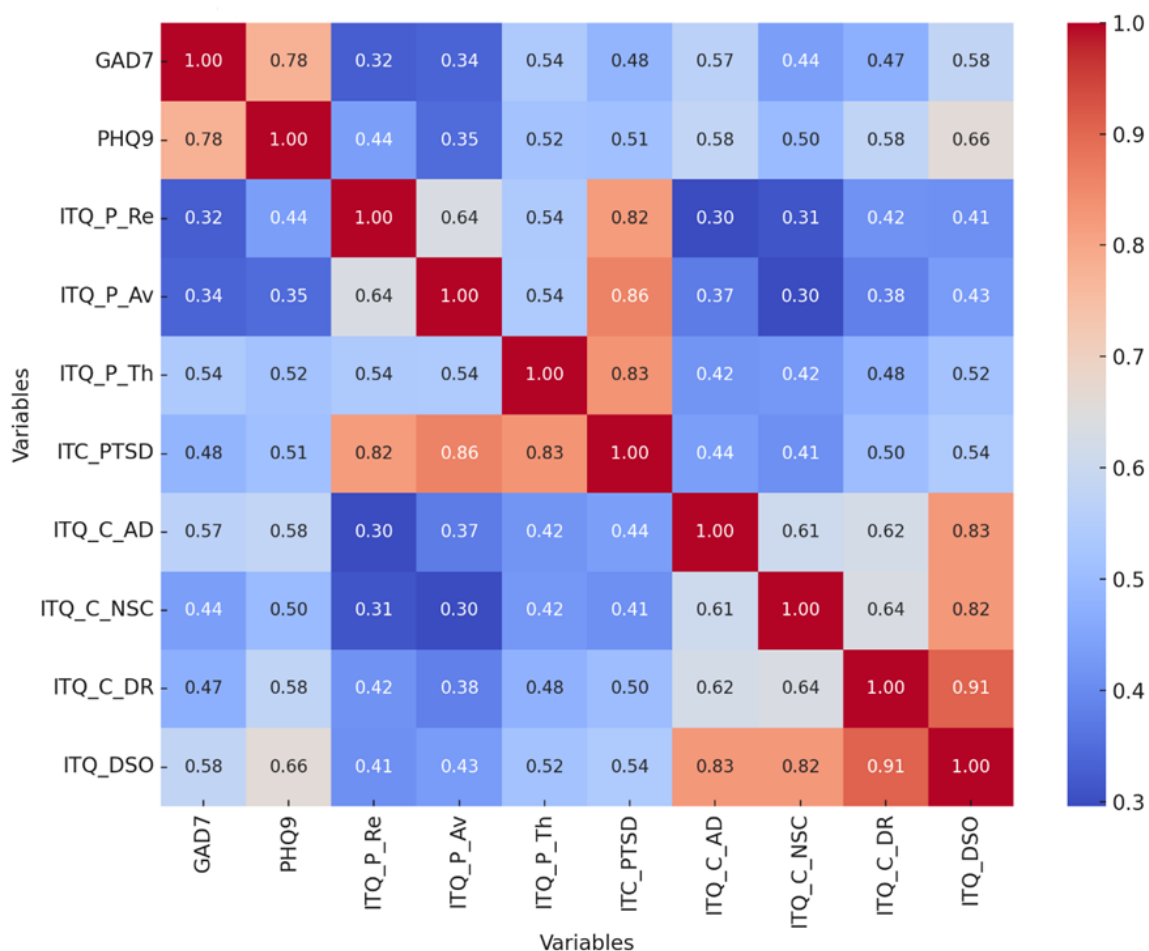


Рис. 3.2. Тепловий графік матриці кореляцій за Спірменом для вибраних змінних

Прямий взаємозв'язок великої сили було виявлено між показниками за пунктами шкали генералізованого тривожного розладу (GAD7) та показниками за опитувальником здоров'я пацієнта (PHQ9): r -Спірмена = 0,78, $p < 0,001$. Цей висновок вказує на значний зв'язок між симптомами тривоги та депресії, припускаючи, що зі збільшенням рівня тривоги спостерігається відповідне посилення симптомів депресії.

Також було встановлено зв'язок між показниками тривоги та показниками, пов'язаними з травмою. Показники GAD7 показали значну кореляцію з субшкалою повторного переживання в моменті тут і тепер (ITQ_P_Re), r -Спірмена = .325, $p < .001$. Подібним чином було виявлено помітну кореляцію між показниками PHQ9 і субшкалою підвищеного

почуття загрози в моменті (ITQ_P_Th), r -Спірмена = 0,516, $p < 0,001$. Ці кореляції свідчать про те, що більш високі рівні тривоги та депресії відповідно пов'язані з посиленням симптомів інтрузій та підвищеної пильності.

Крім того, симптоми посттравматичного стресового розладу (ITC_PTSD) продемонстрували суттєву кореляцію з показниками GAD7, r -Спірмена = 0,484, $p < 0,001$, ще більше підкреслюючи взаємодію між тривогою та травмою.

Цікаво, що спостерігався значний обернений взаємозв'язок між показниками психологічного благополуччя (PsW) і показником рівня тривожності GAD7, r -Спірмена = -0,498, $p < 0,001$. Цей зв'язок підкреслює, що тривожність обернено пов'язана з психологічним благополуччям, акцентуючи вплив тривоги на загальне психічне здоров'я та суб'єктивне благополуччя.

Крім того, показники депресії Бека (BHS) сильно корелюють з показниками PHQ9, r -Спірмена = 0,5, $p < 0,001$. Цей зв'язок підсилює узгодженість різних показників депресії, вказуючи на те, що вищі показники за однією шкалою депресії віддзеркалюються вищими показниками за іншою.

Значна негативна кореляція спостерігалася між позитивним афектом (PA) та негативним афектом (NA), r -Спірмена = -0,451, $p < 0,001$. Це свідчить про те, що більш високі рівні позитивного афекту пов'язані з нижчими рівнями негативного афекту, що вказує на зворотний зв'язок між цими двома аспектами емоційної сфери.

Показник безнадії за опитувальником Бека (BHS) показав середню кореляцію високого рівня статистичної значущості як з PA, так і з NA. Зокрема, виявлено негативну кореляцію між показниками BHS та PA, r -Спірмена = -0,429, $p < 0,001$ і позитивну кореляцію з NA, r -Спірмена = 0,473, $p < 0,001$.

Ці результати вказують на те, що вищий рівень безнадійності пов'язаний із меншим позитивним афектом і вищим негативним афектом. Таким чином, ми можемо свідчити про те, що особа у стані вираженої безнадії схильна переживати негативні емоції та має утруднений доступ до позитивних переживань. А отже, покращення безнадії у довготривалій перспективі може бути реалізоване за рахунок роботи з афективною сферою особистості.

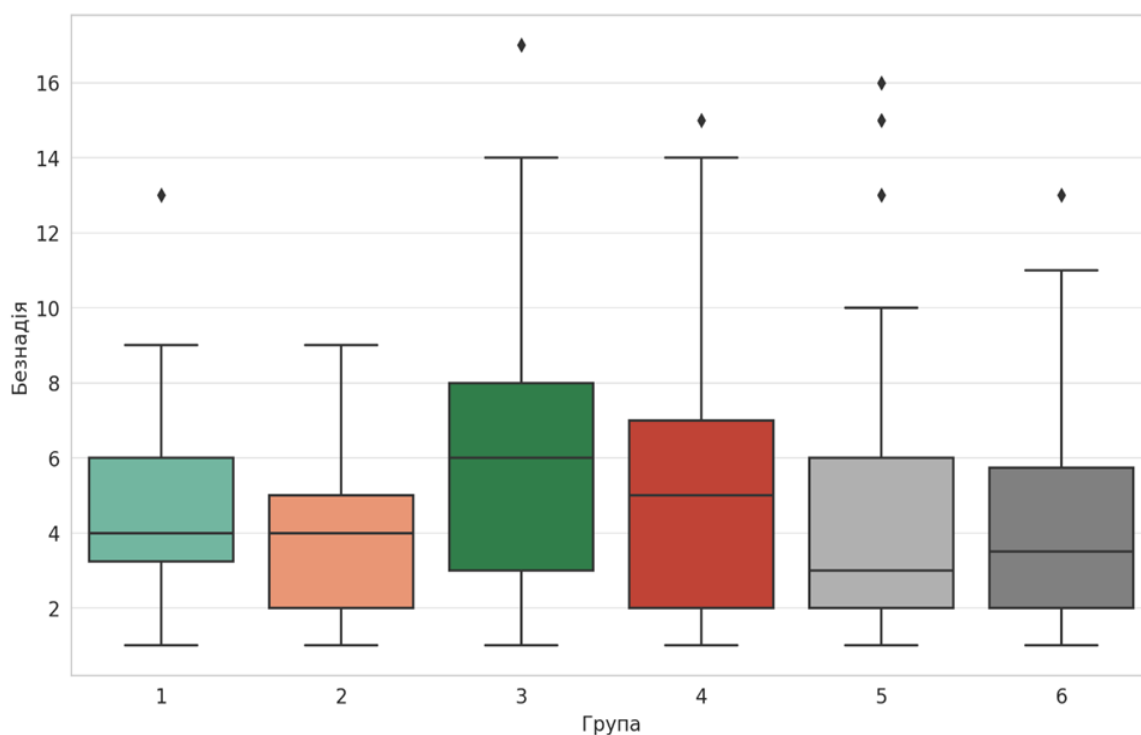


Рис. 3.3. Коробчастий графік порівняння рівня безнадії між експериментальними та контрольними групами

На рис. 3.3 показано розподіл показника безнадії, який за результатами нашого дослідження змінювався доволі не лінійно, але, в цілому, мав тенденцію до змін внаслідок експериментального впливу. Зокрема, ми можемо говорити про тенденцію до покращення рівня безнадії (група 2 та 4), а також до меншого рівня безнадії у групі 5, яка дивилася 360° відео, на відміну від контрольної (групи 6), яка не зазнала

такого впливу. Таким чином, як і участь у дослідженні, так і власне експериментальний вплив могли сприяти посиленню тенденції до покращення показника безнадії.

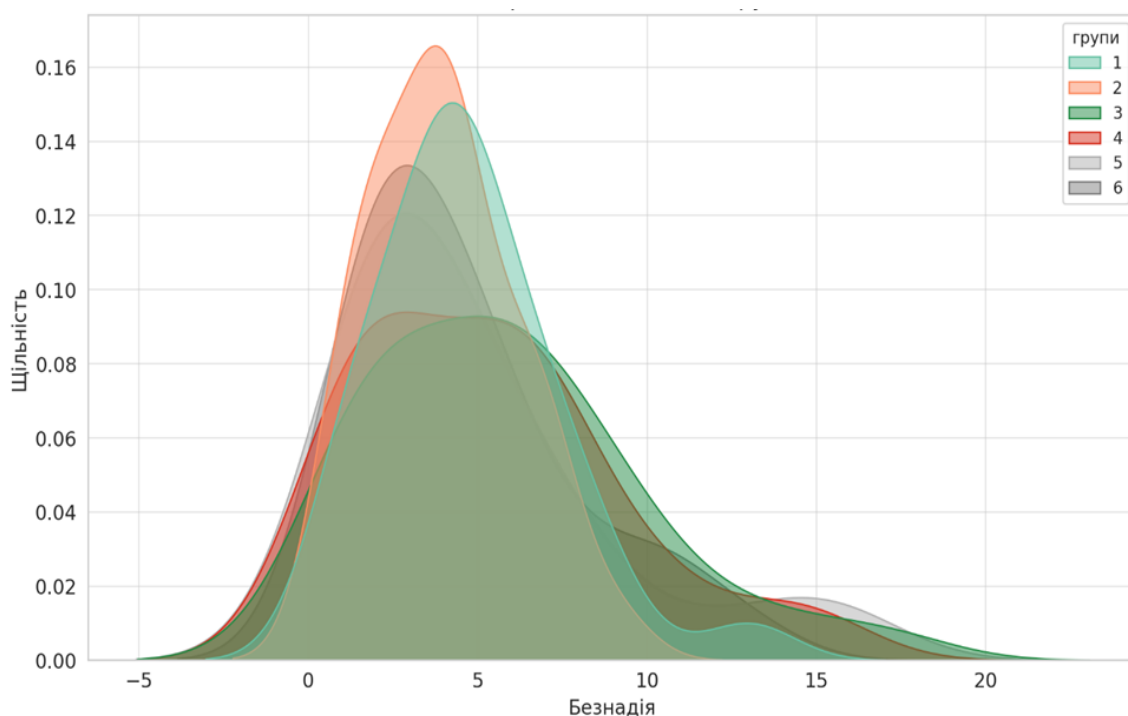


Рис. 3.4. Гістограма щільності розподілу рівня безнадії між експериментальними та контрольними групами

Як бачимо на рис. 3.4 найвищий рівень безнадії було констатовано у групі 2 (експериментальна група 1 після впливу), що може бути пояснене як наслідок того, що учасники експерименту стали сильніше задумуватися над своїм станом внаслідок поставлених питань, і це сприяло більшій актуалізації їх стану в момент вимірювання. Подібна тенденція спостерігається і щодо динаміки інших груп, а також підкріплена даними зворотного зв'язку від учасників, що представлений детальніше у пункті 3.2.3.

Крім того, показник психологічного благополуччя (PsW) продемонстрував сильну позитивну кореляцію з позитивним афектом

(РА), r -Спірмена = 0,575, $p < 0,001$, і негативну кореляцію з негативним афектом (NA), r -Спірмена = -0,502, $p < 0,001$. Таким чином, ми можемо зазначити, що учасники експерименту з вищим рівнем психологічного благополуччя схильні до більшого виявлення позитивних емоцій, що, відповідно, означає зменшення вияву негативних емоцій чи, загалом, їх меншу інтенсивність.

Порівняння показника психологічного благополуччя (PsW) між групами представлено на рис. 3.5.

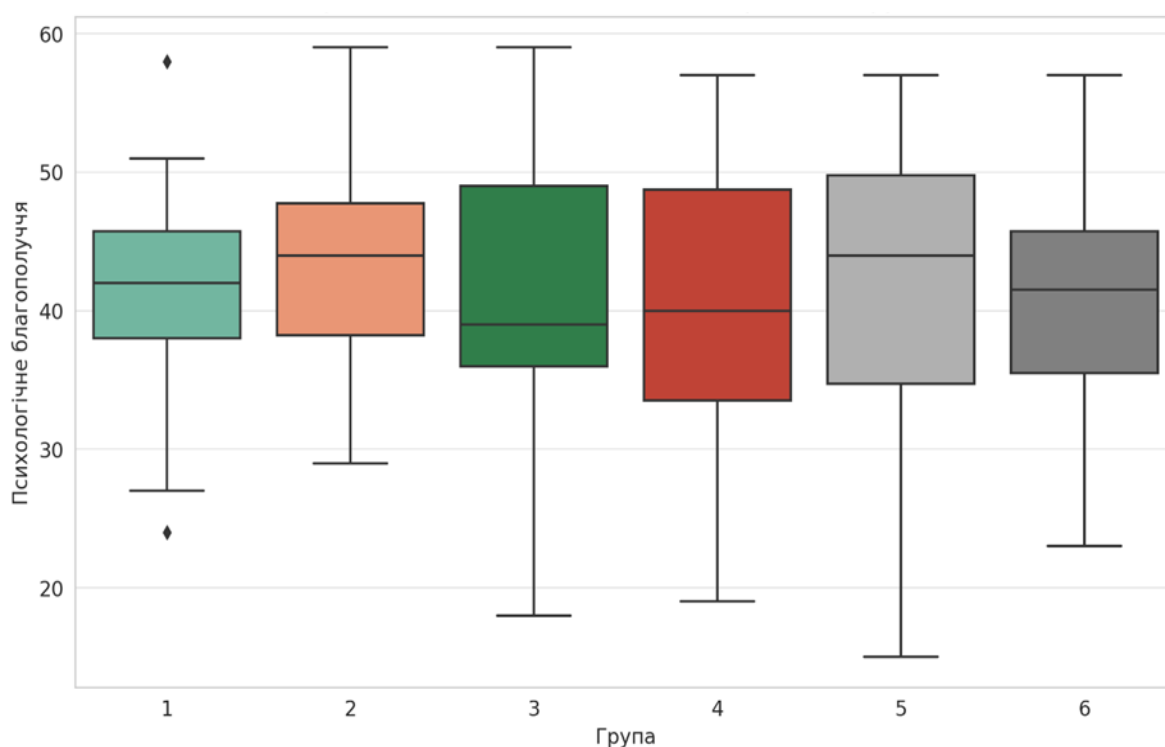


Рис. 3.5. Коробчастий графік порівняння показника психологічного благополуччя між експериментальними та контрольними групами

Як бачимо з рис. 3.5, експериментальна група 1 після перегляду відео в окулярах віртуальної реальності (група 2) має вищий рівень показника психологічного благополуччя, у порівнянні з виміром до впливу (група 1).

Це також справедливо для контрольної групи 1 (група 3 – вимір до, та група 4 – вимір після), але різниця у цьому показнику не є такою ж вираженою як у експериментальній групі 1, що може свідчити про вираженість ефекту від експериментального впливу, і також про те, що сама за собою участь у дослідженні могла підвищувати рівень психологічного благополуччя, через його суб'єктивну значимість для учасників дослідження та/чи можливість зосередитися на своєму стані.

Порівнюючи поміж собою експериментальну групу 2 (група 5) та контрольну групу 2 (група 6), ми бачимо більший рівень показника психологічного благополуччя у групи, яка переглядала 360° відео у VR-окулярах, що підтверджує тенденцію, виявлену в групах, у яких проводилось як попереднє, так і повторне тестування – тестування після експериментального впливу.

Таким чином, використання перегляду відео в окулярах віртуальної реальності може забезпечувати сенсорну стимуляцію, яка може створювати таке відчуття присутності в іншому оточенні та ситуації, що може сприяти психологічному благополуччю.

Зокрема, важливим у цьому контексті могло бути спостереження за змінами сюжету у ролику, як і його загальне сприймання з відповідним аудіо та відео вмістом, що відповідно уможливлювало зміни у емоційному та когнітивному стані.

Наприклад, учасникам могло подобатися спостерігати за зміною наївних образів на тлі оранжереї і т.п., що змістовно проаналізовано детальніше у пункті 3.2.3.

З метою якісної інтерпретації важливо також розглянути щільність розподілу щодо показника психологічного благополуччя за всіма групами, що представлено на рис. 3.6.

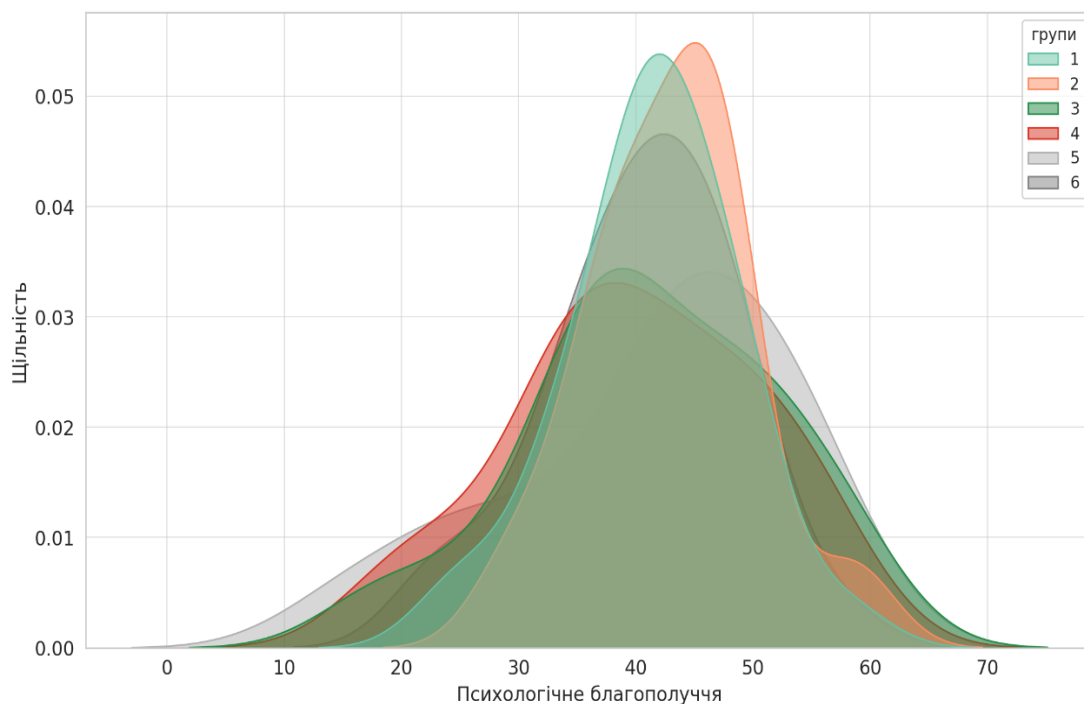


Рис. 3.6. Гістограма щільності розподілу показника психологічного благополуччя між експериментальними та контрольними групами

Ми можемо зазначити, що в результаті експериментального впливу спостерігається покращення показника психологічного благополуччя, як у контрольних, так і експериментальних групах. Проте внаслідок саме перегляду відео у VR-окулярах зміни є більш істотними, чи показники виступають більш виразними, якщо ми говоримо про групи, де не було здійснено вимір показників до експериментального впливу згідно дизайну експерименту (групи 5 та 6).

Подібним чином, це також справедливо для показників благополуччя, пов'язаного з фізичним здоров'ям, та благополуччя у стосунках. Фізичне благополуччя (PhHW) і благополуччя у стосунках (RW) показали значні кореляції як з PA, так і з NA. Наприклад, фізичне благополуччя (PhHW) позитивно корелювало з PA, $r\text{-Спірмена} = 0,573$, $p < 0,001$, і негативно корелювало з NA, $r\text{-Спірмена} = -0,354$, $p < 0,001$. Відповідно, ми можемо свідчити про те, що високий рівень благополуччя

у фізичному здоров'ї пов'язаний із більш вираженими позитивними емоціями, а погіршення фізичного здоров'я викликає негативні емоції, що було підтверджено виявленими закономірностями в нашому експериментальному дослідженні.

Отже, загальною тенденцією є те, що різні аспекти благополуччя суттєво пов'язані з емоційним станом, де вищі рівні благополуччя асоціюються з більш позитивними та менш негативними емоціями, що було підкріплено стабільністю знайдених взаємозв'язків у вибірці.

Крім того, суб'єктивне благополуччя (SubW) сильно позитивно корелювало з позитивним афектом (PA), r -Спірмена = 0,595, $p < 0,001$, і негативно з негативним афектом (NA), r -Спірмена = -0,47, $p < 0,001$. Ці зв'язки підкріплюють уявлення про те, що вищий рівень благополуччя у різних сферах пов'язаний з більшим позитивним афектом і меншим негативним афектом.

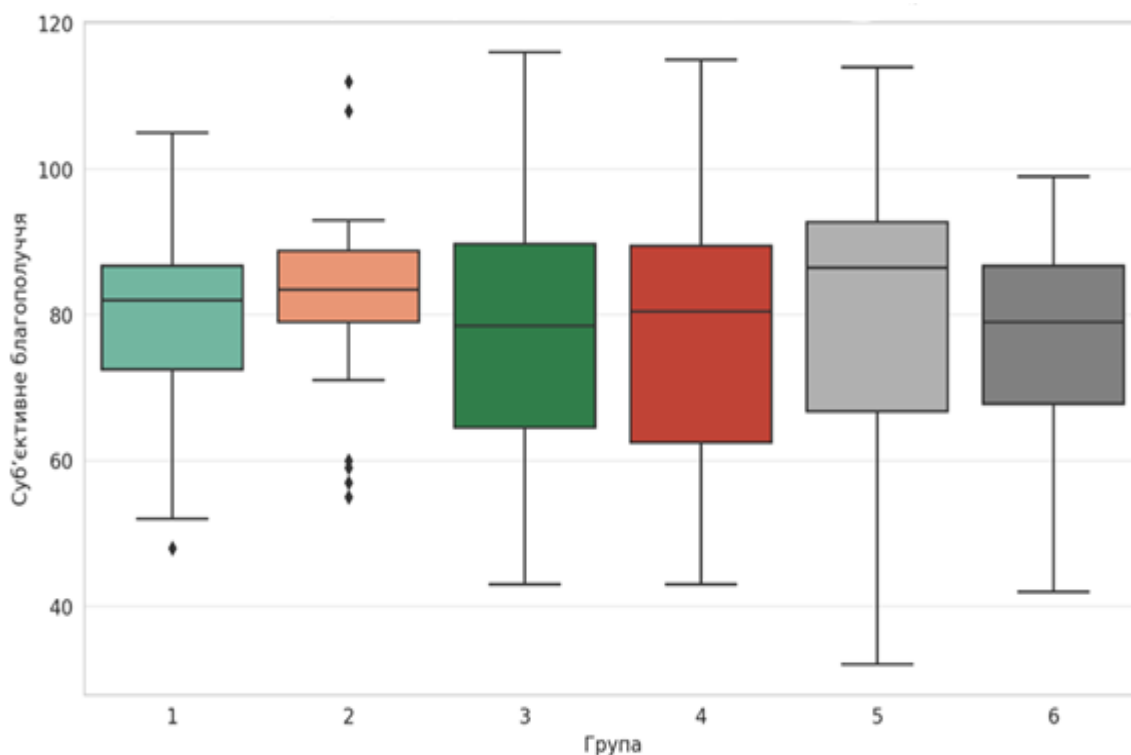


Рис. 3.7. Коробчастий графік порівняння показника суб'єктивного благополуччя між експериментальними та контрольними групами

Як бачимо з рис. 3.7, експериментальна група 1 після перегляду відео (група 2) має вищий рівень показника суб'єктивного благополуччя, у порівнянні з виміром до впливу (група 1).

Це також справедливо для контрольної групи 1 (група 3 – вимір до, та група 4 – вимір після). Різниця для цього показника не є такою сильною, як наприклад для показника психологічного благополуччя (див. рис. 3.5), але також вираженою, що може свідчити про наявність ефекту від експериментального впливу, і також про те, що сама за собою участь у дослідженні могла підвищувати рівень благополуччя.

Порівнюючи поміж собою експериментальну групу 2 (група 5) та контрольну групу 2 (група 6), ми бачимо більший рівень показника суб'єктивного благополуччя для групи, яка переглядала 360° відео у VR-окулярах, що підтверджує тенденцію, виявлену у групах з попереднім (групи 1 та 3) та повторним (групи 2 та 4) тестуванням після експериментального впливу.

Простежуючи зміни показника суб'єктивного благополуччя внаслідок експериментального впливу, важливо зазначити, що VR-інтервенція може забезпечувати такий рівень включення, що сприяє покращенню емоційного фону, відчуттю задоволення та спричиняє релаксаційний ефект.

Оскільки загальний показник благополуччя також включає у себе почуття задоволення від стосунків, певної соціальної згуртованості та міжособистісних відносин, наявність у ролику компонентів, які стосувалися соціального (натовп на початку ролику, голос Анрі, кроки і фігура охоронця, образи з картини тощо) також могла сприяти покращенню цього показника.

Важливо також проаналізувати детальніше показник фізичного благополуччя, який включений у інтегральний показник суб'єктивного благополуччя, та також міг покращуватися завдячуючи суб'єктивно

приємній взаємодії з оточенням у віртуальному середовищі. Більш детальна аналітика щодо цього представлена у пункті 3.2.3.

Для поглиблення змістового аналізу варто розглянути також щільність розподілу показника суб'єктивного благополуччя у групах (див. рис. 3.8).

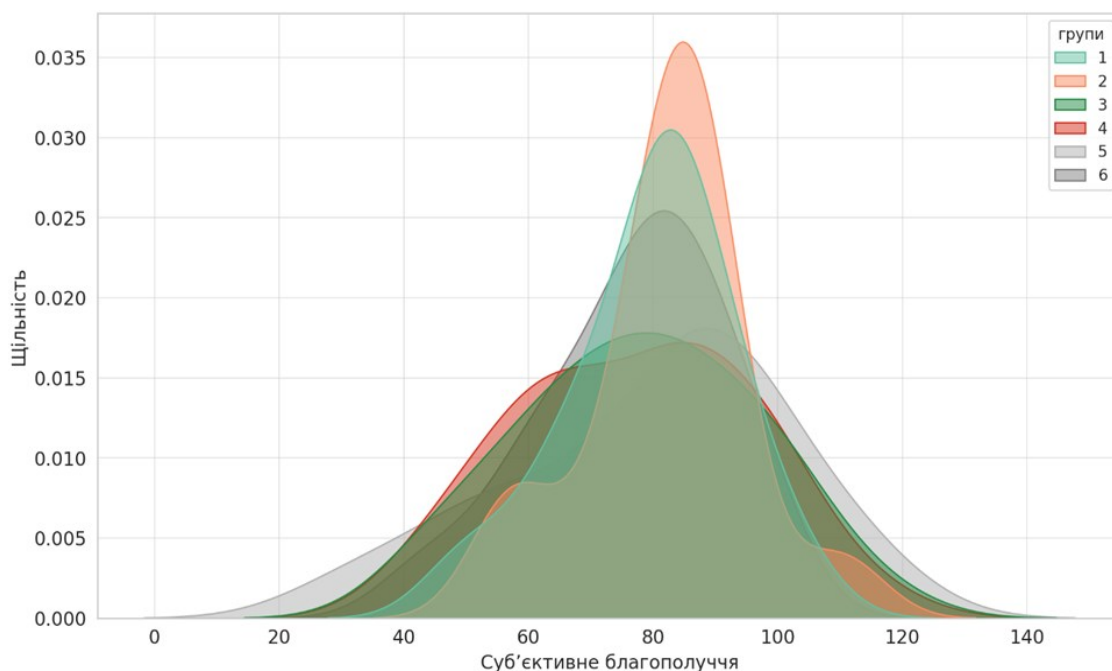


Рис. 3.8. Гістограма щільності розподілу показника суб'єктивного благополуччя між експериментальними та контрольними групами

Як бачимо з рис. 3.8, за VR-інтервенцій рівень суб'єктивного благополуччя покращується, у порівнянні з групами, які не зазнавали такого впливу. Різниця помітна навіть у групах, вимір в яких, було здійснено лише один раз (групи 5 та група 6) та які виступають еквівалентними для вимірів після експериментального впливу для груп ЕГ1 (група 2) та КГ1 (група 4). Така закономірність є доволі стабільною, і також сприяє загостренню кривої, яка відображає розподіл показників, що може свідчити про стійку тенденцію до покращення показника внаслідок експериментального впливу.

3.2.2. Аналіз предикторів депресії

Для того, щоб пояснити дисперсію балів за Опитувальником PHQ-9, було проведено множинний регресійний аналіз на основі трьох предикторів: негативний афект (NA), безнадія (BHS) і благополуччя у стосунках (RW). Результати регресії показали, що модель пояснює 58,6% дисперсії ($R^2 = 0,586$, Adjusted $R^2 = 0,564$). Модель була значущим предиктором балів PHQ-9, $F(3, 56) = 26,4$, $p < 0,001$.

Коефіцієнти регресії подано у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Коефіцієнти регресії для PHQ-9 для ЕГ1 та КГ1 до експериментального впливу

Предиктори			95% Довірчий інтервал		Значущість		
Предиктор	Estimate	SE	Нижній	Верхній	t	p	Stand. Estimate
Інтерсепта	-8.266	3.0100	-14.29551	-2.236	-2.75	0.008	
NA	0.529	0.0900	0.34896	0.710	5.88	< .001	0.572
BHS	0.720	0.1960	0.32722	1.113	3.67	< .001	0.393
RW	0.253	0.1300	-0.00723	0.514	1.95	0.056	0.194

Як бачимо з табл. 3.5, регресійна модель включала інтерсепту та три предиктори. Інтерсепта була значущою, зі значенням -8,266 ($SE = 3,010$, 95% ДІ [-14,295, -2,236], $t(56) = -2,75$, $p = 0,008$).

Виявилося, що предиктор NA (негативний афект) є значущим, причому кожне одиничне збільшення NA прогнозує збільшення балів PHQ-9 на 0,529 ($SE = 0,090$, 95% ДІ [0,349, 0,710], $t(56) = 5,88$, $p < 0,001$).

Стандартизована оцінка NA становила 0,572, що свідчить про помірну або сильну зміну показника депресії внаслідок змін у негативному афекті. Таким чином, ми можемо говорити, що до експериментального впливу показник негативного афекту міг пояснити зміни у балах, отриманих за Опитувальником PHQ-9, що виступає скринінгом для вираженості депресії в учасників експерименту.

Рівень безнадії (BHS) також був значущим предиктором з коефіцієнтом регресії 0,720 ($SE = 0,196$, 95% ДІ [0,327, 1,113], $t(56) = 3,67$, $p < 0,001$). Стандартизована оцінка становила 0,393, що вказує на помірний вплив на показник депресії. Таким чином, бал отриманий за Шкалою безнадії Бека, може до певної міри пояснювати отримані бали за показником депресії. Відповідно, когнітивні зміни в уявленні своєї перспективи, які відображені в питаннях про безнадію, можуть пояснювати частину змін у показниках за опитувальниками, що вимірюють рівень депресії, яка також характеризується змінами у когнітивній сфері.

Показник благополуччя у стосунках (RW) як третій предиктор продемонстрував позитивний зв'язок із показниками депресії за PHQ-9 (оцінка = 0,253, $SE = 0,130$, 95% ДІ [-0,007, 0,514], $t(56) = 1,95$), але не на статистично значущому рівні 0,05 ($p = 0,056$). Стандартизована оцінка для RW становила 0,194, що свідчить про менший ефект порівняно з іншими предикторами. Таким чином, ми можемо говорити про те, що зміни у стосунках відображають одночасно і зміни показника депресії, але вони не є такими ж значущими і вираженими, як зміни у показниках афекту, а саме негативного афекту та безнадії, яка відображає зміни у когнітивній складовій.

Підводячи підсумок, зазначимо, що отримана регресійна модель суттєво передбачила показники депресії за опитувальником PHQ-9, причому важливими предикторами виявилися показники негативного

афекту (NA) та безнадії (BHS). Показник благополуччя у стосунках (RW), демонструючи позитивний зв'язок із показниками PHQ-9, не досяг статистичної значущості.

Після здійснення експериментального впливу ми знову проводимо регресійний аналіз балів PHQ-9 для оцінки ефектів інтервенції за допомогою перегляду відео у віртуальній реальності. В аналізі використовувались ті самі предиктори, а саме: негативний афект (NA), безнадія (BHS) і благополуччя у стосунках (RW).

Після VR-інтервенції модель враховувала 47,3% дисперсії балів PHQ-9 ($R^2 = 0,473$, скоригований $R^2 = 0,445$), що відображає значні зміни, $F(3, 56) = 16,8$, $p < 0,001$.

Отримані коефіцієнти регресії для балів PHQ-9 у експериментальній та контрольній групах представлено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Коефіцієнти регресії для PHQ-9 для ЕГ1 та КГ1 після експериментального впливу

			95% Довірчий інтервал				
Предиктор	Estimate	SE	Нижній	Верхній	t	p	Stand. Estimate
Інтерсепта	-3.2068	3.277	-9.772	3.358	-0.978	-0.978	—
NA	0.4302	0.104	0.222	0.639	4.134	4.134	0.4580
BHS	0.7366	0.241	0.254	1.220	3.056	3.056	0.3695
RW	0.0891	0.146	-0.203	0.382	0.610	0.610	0.0672

Регресійна модель після VR-інтервенції показала наступні коефіцієнти: Інтерсепта становить -3,2068, але вона не була статистично

значущою ($SE = 3,277$, 95% ДІ $[-9,772, 3,358]$, $t(56) = -0,978$, $p = 0,332$). Отримані показники свідчать про те, що за умови, коли всі предиктори дорівнюють нулю, очікувана оцінка PHQ-9 нижча, ніж до втручання, але ця зміна є незначною.

Негативний афект (NA) залишався значущим предиктором, причому кожне одиничне збільшення NA передбачало збільшення балів PHQ-9 на 0,4302 після втручання ($SE = 0,104$, 95% ДІ $[0,222, 0,639]$, $t(56) = 4,134$, $p < 0,001$). Стандартизована оцінка становила 0,4580, що вказує на помірний розмір ефекту. Коефіцієнт регресії для цього показника до експериментального впливу становив 0,572, що свідчить про виражені зміни у негативному афекті у бік покращення після перегляду відео у VR-окулярах. Отже, емоційне тло, точніше негативні емоційні переживання, які можуть змінюватися за застосування VR-інтервенцій, також виступають значущим прогностичним фактором щодо змін рівня депресії, що, зрештою, є логічним.

Безнадія (BHS) також продовжувала суттєво прогнозувати показники PHQ-9 з коефіцієнтом регресії 0,7366 ($SE = 0,241$, 95% ДІ $[0,254, 1,220]$, $t(56) = 3,056$, $p = 0,003$). Стандартизована оцінка становила 0,3695, що свідчить про помірний ефект.

До експериментального впливу стандартизований коефіцієнт регресії для цього показника був 0,393, що свідчить про тенденцію до дещо більшого пояснення змін показника депресії.

Внаслідок експериментального впливу, показник благополуччя у стосунках (RW) продемонстрував ще слабший зв'язок із балами PHQ-9 у регресійній моделі після втручання (оцінка = 0,0891, $SE = 0,146$, 95% ДІ $[-0,203, 0,382]$, $t(56) = 0,610$), і це не є статистично значущим ($p = 0,544$). Стандартизована оцінка становила 0,0672 (до перегляду відео у VR – 0.194).

Підводячи підсумок, після VR-інтервенції, регресійна модель продовжувала суттєво прогнозувати показники PHQ-9. Показники негативного афекту (NA) та безнадії (BHS) залишилися значними предикторами, їхній вплив дещо змінився порівняно з регресійною моделлю до експериментального впливу. Показник благополуччя у стосунках (RW) залишався незначним прогностичним фактором, і його ефект ще більше зменшився після перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності. Зміни у значущості предикторів вимірюваних показників у регресійних моделях до та після експериментального впливу відображено у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Регресійний аналіз результатів PHQ-9 до та після експерименту

Показники	До експериментального впливу	Після експериментального впливу
Model Fit Measures		
R	0.765	0.688
R ²	0.586	0.473
Adjusted R ²	0.564	0.445
F	26.4	16.8
df1	3	3
df2	56	56
p	< .001	< .001
Model Coefficients		
Інтерцепта	-8.266	-3.2068
SE	3.010	3.277
95% CI [HM, BM]	[-14.295, -2.236]	[-9.772, 3.358]

Продовження табл. 3.7

t	-2.75	-0.978
p	.008*	.332
NA	0.529	0.4302
SE	0.090	0.104
95% CI [НП, ВП]	[0.349, 0.710]	[0.222, 0.639]
T	5.88	4.134
P	< .001***	< .001***
B	0.572	0.4580
BHS	0.720	0.7366
SE	0.196	0.241
95% CI [НП, ВП]	[0.327, 1.113]	[0.254, 1.220]
T	3.67	3.056
P	< .001***	.003**
B	0.393	0.3695
RW	0.253	0.0891
SE	0.130	0.146
95% CI [НП, ВП]	[-0.007, 0.514]	[-0.203, 0.382]
t	1.95	0.610
p	.056	.544
β	0.194	0.0672

Примітка: CI = довірчий інтервал; НП = нижній поріг; ВП = верхній поріг; SE = помилка середнього; df = ступені свободи; β = стандартизована оцінка. Рівні значущості позначаються як: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Як бачимо з результатів аналізу, відображених у табл. 3.7, зменшення R^2 свідчить про те, що VR-інтервенція могла вплинути на вимірювані показники таким чином, що сприяло тому, що вони менше передбачали бали за Опитувальником пацієнта про стан здоров'я (PHQ-

9). Це може означати, що експериментальний вплив відобразився на показниках депресії, виміряних за допомогою PHQ-9, потенційно змінюючи те, як ці прояви представляються або сприймаються учасниками.

Загальна характеристика змін значущості предикторів до та після експериментального впливу є такою.

1) *Негативний афект (NA)* залишався вираженим предиктором, але його вплив на показники PHQ-9 дещо зменшився. Це може свідчити про те, що VR-інтервенція здійснює пом'якшуючий вплив на зв'язок між негативним афектом і симптомами депресії, тобто покращення у емоційному стані впливають і на вираженість депресивності.

2) *Безнадія (BHS)* продовжує бути значущим предиктором із дещо посиленням ефектом. Це може свідчити, зокрема, про те, що більш стабільні аспекти депресії, виміряні шкалою безнадії Бека (наприклад, когнітивні симптоми), менше зазнавали впливу інтервенції, здійсненої засобами VR.

3) *Благополуччя у стосунках (RW)*: його слабкий зв'язок, який був виявлений до експериментального впливу із показниками PHQ-9, став ще слабшим і залишився незначним. Ця зміна може вказувати на те, що показник благополуччя у стосунках чутливий до VR-інтервенції і опосередковано може впливати на показник депресії.

Таким чином, перегляд 360° відео у VR-окулярах певною мірою вплинув на симптоми депресії учасників експерименту. Цей вплив міг бути пов'язаним з характером VR-контенту, який міг змінити настрій, вияв когнітивних здібностей або рівень стресу, що своєю чергою вплинуло на реакцію учасників. Різні предиктори зазнали різних змін внаслідок інтервенції, що свідчить про різні рівні їхньої чутливості до такого типу втручання.

Динаміка NA та BHS, які представляють різні аспекти депресії (емоційний та когнітивний), свідчить про те, що втручання може мати нюансований вплив на ці аспекти. Зміна прогностичної потужності моделі після втручання може вказувати на потенціал VR-інтервенцій щодо зміни симптомів депресії.

Подальшого дослідження потребують конкретні аспекти депресії, щодо яких втручання є найбільш ефективним. Не менш важливим є поглиблення аналізу самої методології експерименту, тобто вивчення того, чи мали місце ефекти плацебо, вплив очікувань учасників або новизни досвіду у VR, що могло відобразитись на результатах.

Спостережувані зміни за результатами регресійного аналізу в діапазоні від першого до повторного виміру свідчать про те, що VR-інтервенція мала різний вплив на предиктори вираженості тяжкості депресії.

Слід зазначити, що дане дослідження може бути розширене за рахунок вивчення VR-інтервенцій у лікуванні депресії, з акцентом на виділенні факторів, які найбільше піддаються такому типу втручання. Озкреслений аспект окреслює перспективи подальших наших розвідок у даному проблемному полі.

3.2.3. Аналіз результатів спостереження за учасниками експерименту та наданого зворотного зв'язку

Враховуючи те, що ми вивчаємо психологічні ефекти, отримані внаслідок інтервенції імерсивними технологіями, а саме переглядом 360° відео в окулярах віртуальної реальності, окремо необхідно проаналізувати специфіку реакцій учасників експерименту на запропонований стимульний матеріал.

В цьому аналізі ми можемо послуговуватися: 1) даними самозвіту на основі відповідей на питання про досвід учасників експерименту у VR;

2) зворотним зв'язком, який надавався учасниками у Google формі; 3) результатами напівструктурованого інтерв'ю; 4) спостереженнями експериментатора під час проведення процедури експерименту.

Розроблений дизайн дослідження передбачає роботу з коротко-терміновими інтервенціями. Насамперед, інтервенції тривалістю до 10 хвилин, як правило, дають змогу включитися в контекст ролика і при цьому є відносно безпечними для учасників, які вперше стикаються з VR. Було обрано саме таку стратегію, оскільки у попередніх дослідженнях вже відмічалось погіршення стану учасників подібних досліджень.

Систематичний огляд, проведений Lundin et al. (2023), свідчить про те, що з 73 досліджень, які були включені у систематичний огляд, у 45 взагалі не згадувались можливі чи наявні побічні ефекти, у 21 – повідомлялось про відсутність побічних ефектів, але їх пошук було асоційовано із симптомами т.з. «кіберхвороби», а у 7 – зазначалось погіршення клінічних симптомів або підвищення ризиків як таких. Відповідно, у нас були підстави передбачати певні потенційні ускладнення.

Одна із стратегій убезпечення полягала у обранні для перегляду відео, яке передбачало зафіксовану позицію у просторі. Тобто учасники не мали рухатися по кімнаті чи виконувати певні активні дії, що дозволяло зменшити різницю між візуальними та вестибулярними стимулами.

Саме за цієї різниці найбільше виникає ефект захитування, за якого може спостерігатися нудота та інші симптоми кінетозу чи хвороб захитування (хвороб руху). Основа таких симптомів саме у різниці між очікуваним і фактичним рухом, що властиве і AR, VR та MR.

Спостережувані симптоми, як правило, включають у себе прояви з боку шлунково-кишкового тракту, центральної нервової системи та вегетативні симптоми (Takov, & Tadi, 2023). Ці прояви можуть бути суто

індивідуальними, чи визначатися виключно індивідуальними чинниками – виникати від незначної стимуляції чи не проявлятися зовсім. Як свідчать результати дослідження Chang et al. (2020), основні фактори, які варто брати до уваги, працюючи з VR, це софт, контент та людський фактор. Не завжди покращення якості візуальних стимулів у VR означало зниження симптомів кінетозу щодо віртуальної реальності.

Специфічним для нашого дослідження є те, що люди, які вже мали негативний досвід з VR, що включав інтеракцію з віртуальним простором (активні рухи, ходьбу тощо) і у яких проявлялися симптоми хвороб руху, мали іншу реакцію на стимульний матеріал проведеного нами дослідження.

За перегляду ролика, який їм було продемонстровано та в якому дії у віртуальній реальності були фіксовані у місці, вони відзначали, що відчують себе добре. Тобто рухи головою, з обертанням і розгляданням віртуального простору у стабільному стані без рухів, є більш безпечною інтервенцією, з огляду на потенційне продукування додаткового дискомфорту.

Цікавим є те, що 32% учасників нашого експерименту вже мали досвід з імерсивними технологіями, у тому числі, й із віртуальною реальністю, причому це стосувалось осіб різних вікових категорій. Форми взаємодії до експериментального дослідження з VR були, згідно зі зворотним зв'язком учасників, наступними (у порядку частоти згадування):

- 1) ігри з використанням шолому віртуальної реальності;
- 2) мистецькі виставки з використанням імерсивних технологій (як споглядання окремих мистецьких творів, так і віртуальні експерименти);
- 3) екскурсії, включаючи елементи VR, AR та MR;
- 4) відео-симулятори для навчання;

5) рекреаційні, розважальні та/чи інші форми перегляду відео та взаємодій з використанням VR, AR та MR (участь в дослідженнях, в якості клієнта у VR-терапії, атракціони тощо).

Учасники, які вже мали попередній досвід з VR, звісно, вже мали певні очікування щодо якості відео, формату взаємодії та вражень, які вони можуть отримати під час або після перегляду ролика.

На рис. 3.9 подано фото ситуації проведення експерименту з учасником, який бере у ньому участь.



Рис 3.9. Учасник експерименту в VR-окулярах (фото: О. Шевчук, 2023)

Важливо було також проаналізувати очікування учасників. Наприклад, частина учасників (і тих, хто мали, і тих, хто не мали досвіду у віртуальній реальності) виражала побоювання щодо змісту ролика, який

вони можуть побачити. Часто на це впливав попередній досвід з їх переляком, який стався під час їх перегляду відео та/чи спостереження (наприклад, від звуків, які вони чули).

Незважаючи на те, що зазначені бали за шкалою Лайкерта від 1 до 5 (де 1 – це мінімальний рівень задоволення, а 5 – максимальний) були не максимальними, а вищими за середній показник, більша частина учасників дослідження була зацікавлена у самій процедурі, і це складало суттєву мотивацію до участі в експерименті.

Зважаючи на зазначене, учасники нашого експерименту оцінили свій загальний рівень задоволення від перебування у віртуальній реальності на 3,92 в ЕГ1, 4,26 – в ЕГ2, що також підкріплюється покращенням показників позитивного афекту та суб'єктивного благополуччя.

Відчуття присутності у віртуальному середовищі було оцінено в ЕГ1 на 3,68 та в ЕГ2 на 3,97. Учасники пояснювали це тим, що могли розрізняти пікселі у VR-окулярах, відчували їх на собі тощо, що було достатньою основою для розрізнення поміж тим, де є реальна реальність, а де віртуальна.

Загальний рівень комфорту у VR-середовищі був оцінений на 3,56 у ЕГ1 та 4,21 у ЕГ2, що пояснювалося учасниками їх суб'єктивним переживанням поданого стимульного відео.

Доволі цікавими були рефлексії учасників щодо почуття реальності чи нереальності того, що вони спостерігали в окулярах віртуальної реальності. Почуття реальності чи нереальності того, що відбувалося, часто базувалося саме на окремому типі стимулів, наприклад, реальності візуальних образів чи звуків (ефектів реверберації тощо).

Зокрема, ті елементи відео, які виникали з розвитком сюжету, а також ті звуки, які лунали у просторі, де учасник проходив експеримент, могли по-різному сприяти почуттю залученості у перегляд відео та

сприйматися як тло цього відео (як підсилюючи «ефект присутності», так і, навпаки, показуючи різницю поміж реальним та віртуальним).

Таким чином, ми можемо припустити, що для почуття залученості у віртуальну реальність є важливі як візуальні, так і аудіальні стимули, які подаються досліджуванним.

Не менш важливим також було і суб'єктивне сприймання учасниками поданого відеоряду. Наприклад, одна з учасниць експерименту віднаходила у відеоролику рекреаційні для себе сюжетні моменти, які й склали для неї основний ефект від відео, радше, аніж безпосередньо те, що вона спостерігала і було у ньому представлене.

Саме тому, ми наголошуємо на необхідності підбору як універсальних, так і часом доволі індивідуально-специфічних роликів, які могли б бути представлені учасникам.

Важливим також, на нашу думку, було те, що перегляд відео у даному контексті супроводжувався проведенням дослідження, а не розважальними чи іншими типами взаємодії, на що вказували учасники експерименту.

Оскільки проведення дослідження передбачає додаткову мотивацію та інтерес, зокрема до результатів даного дослідження та/чи самого контексту, в якому його буде задіяно, до того, що саме вивчається, що, у тому числі, контролюється за рахунок експериментального плану за Соломоном Ашем.

Важливо акцентувати увагу також на тому, що частина учасників наголосила на факті супроводу експериментатором процедури дослідження і що саме це виступало доволі важливим та/чи створювало загальну атмосферу у дослідженні. Відповідно ми можемо зазначити, що використання подібного роду інтервенції передбачає підготовки фахівця, який буде його забезпечувати.

Сам за собою зміст ролика викликав доволі неоднозначні почуття, за нашими спостереженнями, до аналізу безпосередньо результатів проходження методик. Ми спостерігали, що особи з депресивними симптомами почали почувати себе краще, а особи з тривожними симптомами – стали, навпаки, більш тривожними. Відповідно, ми можемо свідчити про те, що досвід перегляду відео у VR радше активізує, аніж заспокоює людину, що, власне, є позитивною ознакою для учасників з депресивними симптомами і доволі неоднозначною – для учасників з тривожними симптомами.

Частина цих результатів була пояснена безпосередньо досліджуваними у контексті змісту ролика, оскільки під час його перегляду рано чи пізно виникали нові елементи, які могли викликати неоднозначні почуття в учасників експерименту. Сам за собою контекст природного ландшафту, а саме оранжереї та наївних мистецьких малюнків, був, в основному, заспокійливим. Часто він також сприймався як приємний або цікавий – для учасників із нормальним емоційним фоном.

Частина учасників, навпаки, потребувала якогось іншого типу стимулу і відчула рекреаційний потенціал ролика, який, можливо, був наявним, але хотіла бути, навпаки, фрустрованою чи переживати якісь інші почуття, на відміну від свого буденного життя.

З дослідницької перспективи, це важливо враховувати, оскільки на момент проведення дослідження, а саме, в березні 2023 року, минув перший рік повномасштабного вторгнення РФ. Відповідно, ми намагалися створити максимально доступні комфортні умови для учасників експерименту.

Також важливо врахувати, що близько 10% учасників, які були задіяні у частині експерименту з переглядом відео в окулярах віртуальної реальності, зазначали певні проблеми із зором, зокрема, міопію. Саме це

викликало у нас деякі технічні труднощі, які були подолані шляхом того, що частині учасників потрібно було тримати окуляри власними руками для того, аби забезпечити необхідну фокусну відстань для більш чіткого розмежування зображення, представленого в окулярах віртуальної реальності

Незважаючи на те, що вони тримали окуляри власними руками або підтримували ремінці (особливо жінки з довгим гладким волоссям), це не заважало їм занурюватися у контекст ролика і переживати автентичні почуття, що, зокрема, відобразилось у змінах показника позитивного та негативного афекту, який був отриманий з точки зору емоційного фону досліджуваних.

Саме тому ми наголошуємо на необхідності попереднього ознайомлення досліджуваних з технічними властивостями оснащення, зокрема, з тими, які пов'язані із зоровим апаратом. Наприклад, деяким досліджуваним ми порекомендували вдягнути контактні лінзи, які могли б дозволити їм чітко бачити зображення і взяти участь в експерименті, незважаючи на обмеження, які вони мають.

Загалом, попередній збір анамнезу є важливим етапом підготовки до проведення експерименту. Частина учасників нашого експерименту вже до самої процедури дослідження підтвердила діагнози, встановлені лікарем-психіатром, або ті симптоми, з якими вони справляються, працюючи зі своїми психотерапевтами та/чи психологами-консультантами. Частина досліджуваних констатувала наявність у себе депресивного розладу, тривожного розладу, посттравматичного стресового розладу та деяких інших нозологій, які властиві спектру психіатрії та/чи психічного здоров'я.

Результати самозвіту також були підтверджені результатами відповідних опитувальників та шкал, зокрема, Опитувальника стану

пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9) та шкали генералізованого тривожного розладу (GAD-7).

Не менш важливим було і те, що частина учасників нашого дослідження вказала, що вони мали в анамнезі хворобу COVID-19, яка, за деякими результатами попередніх досліджень, спричиняє посилення деяких симптомів або зміни в афективній сфері.

Деякі учасники дослідження говорили про те, що вони занурилися у свій внутрішній світ більше, ніж просто переглядаючи відео, і це дозволило їм задуматися, у тому числі, за рахунок ряду питань, які їм поставили, над тим, яким є їх життя і що вони саме безпосередньо тепер переживають. Тобто, усвідомлення особистісних аспектів людьми, які брали участь у дослідженні, також стало важливим фокусом їх переживань.

Частина учасників також свідчила про те, що вони відчували певну напругу, наприклад, у зв'язку з питаннями з Шкали безнадії Бека, а також щодо питань у Шкалі оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS). Вони запитували про причини великої кількості питань, пов'язаних із самогубством, або «чому вони такі сумні».

Учасники, які брали участь у контрольних групах, наприклад, контрольної групи 1, яка мала вимір до та після експериментального впливу, проте без самого впливу, а також контрольної групи 2, яка мала власне просто одиничний вимір свого стану, відзначили, що відчують певне пригнічення у зв'язку з проходженням питань вдруге, що, власне, є також властивим проходженню цієї експериментальної процедури за планом Соломона.

Не менш важливою також є врахування нами у ході цього дослідження вживання учасниками психоактивних речовин та медикаментів. Наприклад, особи з діагностованим генералізованим тривожним розладом, вживаючи антидепресанти або антипсихотичні

засоби, мали відносно врівноважений стан, що, власне, являє зовсім іншу ситуацію, у порівнянні з варіантом, коли, наприклад, є встановлений діагноз, але особа не вживає медикаменти, або коли є вона приймає медичні препарати, призначені лікарем чи поза таким призначенням.

Частина досліджуваних відзначала, що те, що вони пережили, схоже на певний психоделічний досвід, який вони мали раніше, а експериментатор певним чином схожий на сіттера, який супроводжує тріп. Також вони виразили свій інтерес до перегляду роликів у VR в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, для розширення вражень.

Деякі учасники зазначали підвищення свого інтересу до віртуальної реальності як такої, оскільки це для них був перший досвід. Для тих учасників, у яких це було вперше, і для тих, у кого це було повторно, властивим було зазначати бажання підвищити якість відео та, наприклад, подивитися декілька роликів і порівняти свої почуття та/чи віднайти той свій тип ролика, який їм було б приємно дивитися в окулярах віртуальної реальності.

Частина досліджуваних окремо відзначила покращену навігацію між опитувальниками, які, наприклад, акцентували на тому, за який час або термін вартує відзначити зміни у своєму стані, наприклад, за останні два тижні, місяць, або ж торік, оскільки це було доволі влучним для концентрації уваги, а також фокусування свого досвіду в окремий часовий період виконання Google форми.

Певна категорія досліджуваних також відзначала, що питання пов'язані з майбутнім, є доволі складними для відповідей, оскільки зараз в умовах повномасштабного вторгнення, а також після доволі тривалого постпандемійного періоду невизначеності, вони відчували ці питання доволі важкими та такими, на які нелегко відповісти, тому зміст опитувальників, які використовуються для такого роду досліджень, також

мав би бути, за можливості, більш доречним чи адекватним завданням, поставленим нами у цьому дослідженні.

Варто відзначити, що частина учасників була зацікавлена у самій дослідницькій процедурі як такій. Враховуючи це, можемо зазначити роль внеску української науки, особливо, в часи повномасштабного вторгнення, що також свідчить про важливість інформування про проведення та результати досліджень, комунікації з потенційними стейкхолдерами, а також представленості українських досліджень у публічному та приватному просторах.

У зворотному зв'язку учасників дослідження загалом наявна певна амбівалентність. Одна частина досліджуваних говорила про те, що дослідження є цікавим, надихає глибше замислитися над своїм станом, ставленням до себе та оточуючих та відношенням до свого життя, а інша частина – навпаки, говорила про певну підбадьореність, мотивування та корисну й пізнавальну інформативну функцію цього дослідження, в той час як ще одна частина відчувала інші переживання. Це може свідчити про різний проєктивний потенціал опитувальників самозвіту, а також участі у дослідженні, що активізує образну форму мислення, якщо ми маємо на увазі перегляд безпосередньо відео в окулярах віртуальної реальності.

Доволі специфічними рекомендаціями, які ми надалі врахували в своєму дослідженні, були також думки щодо моментів, пов'язаних із технічним заповненням опитувальників у Google формі. Зокрема, більш розширені таблиці або надані декілька варіантів відповідей були більш зручними для проходження опитувальника з комп'ютера або планшета, ніж з мобільного телефона, що також варто враховувати при проведенні досліджень у форматі онлайн.

Окремо також було відзначено необхідність розміщення гарячих ліній для схильних до суїцидальної поведінки учасників, які потребують допомоги після заповнення опитувальників на суїцидальний ризик.

Загальне привернення уваги до себе відобразилося у тому, що частина досліджуваних зазначила, що їх попередній досвід участі у психологічних дослідженнях характеризувався тим, що частина питань для них були такими, що напружують та дратують. Тому вони відчували, що втрачають свій час. У даному ж дослідженні, навпаки, вони зазначали протилежне, були зацікавлені, окрім участі у ньому, у його результатах та змісті, а також – в участі в подальших дослідженнях.

Важливим також було те, що різні учасники по-різному визначали для себе час, необхідний для відповідей на питання щодо дослідження. Адже вони могли витратити, наприклад, хвилин 20, а у разі простого опитувальника для групи 4 – й більш тривалий період часу, враховуючи як свій попередній досвід, так і актуальний стан, який вони мали відрефлексувати в моменті, і те, що інколи могло викликати якісь додаткові переживання, що могло бути помічене та відповідно відреаговане і скориговане експериментатором, який супроводжував це дослідження та/чи проводив його в онлайн форматі, за звернення учасників до експериментатора відповідального за цю процедуру.

На нашу думку, важливим у вимірі суїцидальних ідеацій та суїцидального стану як такого безпосередньо не вказувати на це в експериментальній процедурі. Оскільки тут ми зробили акцент саме на дослідженні впливу VR-інтервенцій на стан особистості та загальну оцінку актуального стану особистості як таку, є важливим те, що суїцидальність сама за собою може передбачати певну стигматизацію як щодо безпосереднього дослідження, так і дослідника та учасників цього дослідження, що, власне, не є бажаним на цьому етапі, оскільки фокус нашої уваги все одно перебуває в оцінці стану учасників, а також їх

досвіду взаємодії з віртуальною реальністю, яка, власне, може бути як корисною, так і опосередковано задіяною у аспектах, пов'язаних із суїцидальністю.

Таким чином, учасники нашого дослідження не мали змоги викривити його результати, не знаючи безпосередньо про те, що воно оцінює певною мірою асоційовані з суїцидальністю стани. Дослідницькі методики були підібрані таким чином, що вони могли розумітись як такі, що оцінюють як актуальний стан в цілому, так і деякі інші асоційовані з суїцидальністю аспекти, наприклад, депресивність, що і показали результати кореляційного та регресійного аналізу.

Ми також відзначили доволі важливу необхідність проведення відповідних інструктажів як на початку експериментального дослідження, так і безпосередньо перед процедурою перегляду відео у віртуальній реальності, оскільки учасники мали доволі різні досвід та уявлення про те, що необхідно було робити, і це також мало бути приведення до спільного знаменника, який ми, власне, і забезпечували наведенням доволі чітких інструкцій та рекомендацій щодо того, як діяти, наприклад, за виникнення певних симптомів, дискомфортних для учасників, під час дослідження.

Лише незначна частина досліджуваних говорила про погіршення свого фізичного стану, зокрема, про головний біль та біль в очах, які були пов'язані у них як з їх власною індивідуальною реакцією на віртуальну реальність, так і з тим, що дехто з них доволі щільно притягнув до себе шолом, і на ремінцях відобразилася певна напруга, і, відповідно, це створювало додатковий дискомфорт, який за рахунок інтересу та включеності в дослідження, не був помічений вчасно.

Враховуючи те, що розташування окулярів віртуальної реальності на голові досліджуваного може супроводжуватися безпосередніми діями експериментатора, важливо наголосити на необхідності етичного

поводження з учасниками дослідження. Їх запитували, чи хотіли б вони самі зафіксувати окуляри віртуальної реальності та/чи потребують вони додаткової підтримки зі сторони експериментатора або іншого асистуючого учасника у цьому дослідженні.

Беручи до уваги певні особливості проведення процедури, а саме щільний контакт окулярів віртуальної реальності безпосередньо з обличчям учасників, важливо пам'ятати про індивідуальні процедури, які могли б убезпечити контакт для учасників цього дослідження, наприклад, доведення окулярів до відносно безпечного стану.

Перспективи подальшого дослідження могли б також включати у себе аналіз того, яким чином впливало супроводження експериментатора і чи є це подібним, наприклад, до експозиційної терапії в рамках когнітивно-біхевіорального підходу, в якому саме контакт з особою терапевта вважається таким, що допомагає у виконанні певного занурення та/чи взаємодій зі страхами чи різноманітними сюжетами, які є елементами експозиції.

На основі нашого досвіду проведення процедур дослідження, також слід відзначити, що в коректній організації експерименту допомагає врахування відчуття учасником дискомфорту. Після перегляду ролика у віртуальній реальності корисним для учасника є заплющити очі та зрозуміти переживання часу й простору, як вони ним переживаються. Це дозволяє безпосередньо відчувати т.з. реальну реальність та відчувати комфорт і кордони свого тіла.

Декілька учасників, які мали певні проблеми з головним болем або з очима, за певний час також відчували полегшення, яке, як правило, наступало десь приблизно за 10-15 хвилин після перегляду ролика. Саме тому ми обрали короткотривалий ролик, для того, щоб отримати завершений елемент наративу і, водночас, забезпечити не надто

інтрузивний контакт з технологією, яка могла мати доволі неоднозначний вплив на учасників експерименту.

Важливим також є те, що частина досліджуваних ставила уточнюючі питання, особливо, у частині соціодемографічного блоку, наприклад, про те, що саме вони мають вказувати або конкретизувати, що також до певної міри як допомагало встановити з ними контакт, так і часом потребувало більшого опрацювання того, що саме зазначати у питаннях.

Безпосередньо після проходження дослідження частина учасників говорила про те, що вони хотіли б взяти участь в аналогічній або подібній до цієї процедури і поспостерігати за своїми відчуттями, тому ми можемо говорити, що потенційно такі інтервенції самі за собою мають окрему цінність і могли б бути представлені, як форми взаємодії, яка загалом покращує стан психічного здоров'я та благополуччя учасників.

Також, на нашу думку, доволі важливим є включення інших типів сенсорної активації, наприклад, звуків, температури, тактильних подразників тощо, оскільки саме вони і складають переживання основи нашої реальності згідно того, якими каналами більше потрапляє інформації до нашої психіки та свідомості як такої.

Наприклад, частина учасників згадала свій досвід, який був у просторі, де вони спостерігали сюжети, з холодним льодяним простором, і у кімнаті, де вони були, також було доволі холодно і глухо. Це складало враження ще більшої реальності того, що вони спостерігали, в порівнянні з тим, що вони спостерігали безпосередньо в окулярах: за рахунок загальної ваги пристрою на їх носі і відчуття ремінців на голові, але в моменті часу, вони повністю занурювалися саме за рахунок іншої перцептивної активації.

Згідно наших попередніх пілотажних досліджень, сам за собою зміст ролика також справляє загальне враження, чутливе щодо того, як і

що людина готова сприймати в різні моменти часу і періоду життя. Наприклад, один і той самий ролик однією і тією самою людиною в різні періоди часу викликав у неї абсолютно різні почуття, і оскільки це потенційно передбачало доволі суттєве ускладнення нашої експериментальної процедури, ми взяли до уваги саме один ролик, який був визнаний відносно нейтральним, а також важливим, з точки зору того, які потенційні впливи він може здійснювати на учасників нашого дослідження.

Оскільки вибірка у дослідженні, яке нами було здійснено, складається з мешканців міста Києва, віком від 19 до 64 років, для нас було вкрай важливим також зрозуміти, що саме могло б сприяти загальному підвищенню суб'єктивного благополуччя або викликати позитивний афект, що, власне, і було одним із бажаних результатів нашого дослідження, і тому, згідно попередніх досліджень (Nabak et al., 2020), на основі робіт та ідей яких ми обрали певний сюжет, який містив комбінування реального відображення певної території ботанічного саду та оранжереї, а також певних віртуальних візуальних образів, пов'язаних з картинами художника Анрі Руссо, які були комбіновані поміж собою.

Відповідно, ми можемо говорити також про те, що для мешканців міста і часу, коли було проведено дослідження, релевантними виступали літні природні ландшафти – після зимового періоду було приємно спостерігати яскраві природні об'єкти.

Це також могло бути важливим і в контексті, пов'язаному зі спостереженням за елементами мистецтва. Комбінація відображення реальних елементів оранжереї та штучних об'єктів картини та пов'язаних з цим сюжетів, уможливила додатковий вплив, що як стабілізував, так і структурував активність учасників нашого експерименту.

3.3. Обговорення результатів експерименту в міждисциплінарному контексті

Дизайнування інтерактивних імерсивних систем вимагає від автора цього простору передбачити способи взаємодії, проте, часом вона можлива у способи, про які не було відомо заздалегідь. Наприклад, у нашому дослідженні учасники могли по-різному взаємодіяти з самою гарнітурою VR-окулярів, наприклад, підтримувати її чи за активного руху головою посувати її кріплення на голові. До певної міри, це могло порушувати формування ефектів від взаємодії із віртуальною реальністю.

На думку Murray (2012), «агентство» та занурення взаємно підсилюють один одного. Коли віртуальний світ реагує на нас так, як ми цього очікуємо, це дозволяє розкрити глибші рівні змісту, більше деталей і таким чином, уможливити більше занурення. У нашому ролику, учаснику експерименту було потрібно лише спостерігати, що вже передбачало певний успіх у здійснюваній інтервенції – віртуальна реальність вже відповідала меті її застосування у тому, як вона змінювалася від самого факту виключно за рахунок спостереження за нею.

Відчуття «агентства», чи то авторства щодо віртуального простору, виникає у момент, коли учасник, чи то інтерактор, взаємодіє зі світом, який він спостерігає та, до певної міри, уявляє, та відчуває певну взаємну відповідь. Цей процес може бути охарактеризований як «активне створення віри» (Murray, 2012). Тобто, взаємність є своєрідним простором для формування інтерактивності, в якому те, що спостерігають змінюється, і відповідно, той, хто спостерігає, змінюється у відповідь. Інакше кажучи, зміни у ролику сприяли змінам у тих, хто його дивився, тобто в учасників експерименту.

Доволі часто концепцію інтерактивності застосовують саме до диджитального простору, комп'ютерних ігор, а також до концепції

занурення в імерсивному театрі. Багатовалентна модель інтерактивності (McGonigal 2011) може включати у себе взаємодію як у системі, так і поза нею. Для цієї взаємодії важливим виступає почуття контролю та свободи волі, а також почуття виклику, відповідне до навичок того, хто бере участь у взаємодії.

Особливістю процедури дослідження було те, що перш, ніж переглядати ролик в окулярах віртуальної реальності, досліджувані мали встановити необхідні технічні налаштування для його перегляду. Це забезпечувалося контролером, який іде в комплекті з гарнітурою VR окулярів, та який учасники мали тримати в руках, перш, ніж переглядати ролик.

Вже під час перегляду ролика, частині досліджуваних подобалось продовжувати тримати контролер у руках, іншій частині – навпаки, ні: вони випускали його і намагалися максимально зосередитися на тому відеоряді, який подавався, що може свідчити про важливість відчуття контролю у невизначеному середовищі для одних учасників, а для інших – можливості повністю зануритися у перегляд.

Спостерігаючи безпосередньо за реакцією учасників під час перегляду ролика, було цікаво відзначити, що частина учасників жодного разу не повертала голову та не оглядалася безпосередньо в тому просторі, де вони знаходилися: вони споглядали ролик, постійно дивлячись прямо перед собою, в той час, як інші учасники майже повсякчас крутили головою і намагалися повністю передивитися все те, що міг їм запропонувати віртуальний простір.

В середньому, цікавість або певний інтерес до того, що могло б бути далі у тому просторі, визначались приблизно через 3-4 хвилини від початку ролика. Частина досліджуваних пояснювала те, що вони не повертали свою голову тим, що на перших хвилинах ролика нічого за їх спиною не було, і у них, відповідно, не виникало цікавості подивитися,

що там є далі, хоча частина повсякчас оглядалася і, відповідно, ми можемо зафіксувати різні прояви інтересу до цього середовища, як і прояви орієнтувального рефлексу, що потребує подальшого вивчення часопросторової орієнтації людини безпосередньо у віртуальному просторі.

Відсутність активних дій у просторі також не означає, що той, хто спостерігає, перестає бути активним. Він/вона можуть активно досліджувати простір, змінювати своє ставлення до нього, аналізувати його компоненти тощо. Самі ці дії і формують досвід занурення, окрім відчуття взаємодії як такого.

Надзвичайно важливим інколи є саме суб'єктивне забарвлення тих образів, персонажів, сюжету, наративу або контексту, який є спостережуваним. У віртуальній реальності доволі часто пояснення того, що там відбувалося, здійснювалося за рахунок попереднього досвіду з подібними або ідентичними образами, які спостерігали досліджувані.

Зокрема, вони говорили про те, що це схоже на певні мультики у радянському чи пострадянському просторі, чи на певні картини або мистецькі витвори, якісь певні моменти, які вони спостерігали десь раніше, чи це було схоже, наприклад, на реальні місця, які вони бачили, оскільки частина ролика передбачала спостереження за оранжереєю, яка була доволі реалістично промальована.

Звукові ефекти можуть направляти глядача і додавати темпу і тону сценам. Забезпечення імерсивності завдяки звукам (Di Benedetto, 2010; Radbourne et al., 2014) дозволяє створити внутрішню цілісність світу, який створюється.

Частина учасників говорила, що її включав саме безпосередньо звук, тобто супроводжуючий голосовий фон, а також безпосередньо ті звуки, які вказували на імерсивність (фолі-шуми), і за рахунок побудови окулярів віртуальної реальності були доволі осяжними та об'ємними.

Зокрема, ми можемо говорити про те, що коли у ролику стало чути, як проходить поза тобою охоронець десь там на задньому плані, частина людей нарешті обернулася і помітила, що десь там є ще цілий простір, на який вони не звертали уваги під час перегляду ролика.

Тобто ми можемо зафіксувати також те, що, можливо, за підбору більш суб'єктивно значущих стимулів ми могли б досягати абсолютно іншого результату чи подібного до цього, а саме, активізації різного роду афектів – від позитивного до негативного, а також підвищення суб'єктивного благополуччя, як психічного, так і решти його компонентів, які представлені в методиці «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі».

Споглядання з активним емоційним залученням співзвучно тут до досвіду відеоігор. Доволі важливим є те, що безпосередньо проведення аналогії між віртуальною реальністю та ігровими контекстами, а також певна гейміфікація суїцидальності (Куо, 2010), спостерігається у віртуальних просторах кібер-ігор, а також інших подібних форматах, що проводить своєрідний місток поміж цими реальностями і фіксує межі допустимості ігрового та реального контекстів, представлених у віртуальному просторі, який за рахунок активізації тих самих асоціативних зв'язків дає можливості мозку розрізнити часом, що є реальним, що є віртуальним, або з великою зоною зануреності і присутності у просторі може виступати цілком реальними переживаннями і викликати цілком реальні реакції у людей, які є учасниками цього дослідження та/чи спостерігачами безпосередньо подібних чи іншого типу роликів.

Відомі ситуації (Buckley, 2016), коли навіть за спостереженням того, що певний сюжет безпосередньо наявний на екрані монітору, це було пережито учасником та спостерігачем, як щось максимально реальне і викликало цілком реальні переживання, такі, як фрустрація страх чи

агресія, тому занурення у ролик, який має за собою 360°, може передбачати ще більшу потенційну здатність до того, аби відчувати себе в цьому середовищі.

Послідовні зміни у можливості до інтерактивності у віртуальному просторі можуть бути більш ефективними, ніж повний контроль над тим, що відбувається у віртуальному просторі. Оскільки, щойно людина починає контролювати все, а також здійснювати відповідні дії, це вже стає окремою формою діяльності, швидше, ніж повним переживанням чогось у моменті та якісним проживанням цього досвіду, особливо, якщо запропонований сюжет може бути захоплюючим, емоційним, корисним, вражаючим та/чи створювати відчуття справжності.

Саме тому частина учасників нашого дослідження хотіла продовжувати свій досвід і питала, чи можна взяти участь у подібних дослідженнях чи подивитися ще один ролик, тощо. На нашу думку, це, зокрема, було пов'язано з тим, що ролик забезпечував багатий емоційний досвід з різними режимами залучення, тобто активності та інтенсивності. Активне дослідження простору перемежовувалося зі спокійнішими епізодами з безпосереднім переглядом розгортання елементів сюжету у часопросторовому контексті.

Цілком ймовірно, що цей ефект також був досягнений через низький бар'єр занурення – знайомі сюжети, а саме контекст оранжереї у ботанічному саду змінювався та збагачувався образами із картин Руссо, які могли бути як знайомими потенційно, так і цілком новими для спостерігача.

Проте наївне мистецтво як таке, могло бути відоме учасникам нашого експерименту, наприклад, завдячуючи роботам, реалізованим у напрямку примітивізму, авторства Марії Приймаченко, Катерин Білокур, Поліни Райко тощо. Тобто, ці візуальні образи могли бути у чомусь схожими з тими, які було запропоновано в контексті експерименту, що

власне, може вимагати додаткового аналізу щодо того, як це може відобразитися на результатах експерименту.

Інтерактивність у нашому дослідженні може бути описана через модель, запропоновану Salen, & Zimmerman (2004), яка включає у себе способи взаємодії: 1) когнітивну інтерактивність, або інтерпретаційну участь; 2) функціональну інтерактивність, або утилітарну участь; 3) експліцитну інтерактивність, або участь із розробленими виборами та процедурами; 4) інтерактивність поза об'єктом, або культурну участь. Власне, у нашому дослідженні ми і спостерігали зміни у психологічних ефектах, пов'язаних із когнітивною, емоційною та вольовою сферами, що могло результувати і у змінах в поведінковій сфері, а саме на суїцидальній поведінці.

Ця модель може бути доповнена ієрархічним континуумом інтерактивності Діксона (Dixon, 2007), який описує взаємодію від навігації до співпраці, що може бути доступна тому, хто взаємодіє із запропонованим сюжетом та стимулами. Діксон також описує до якої межі той, хто спостерігає, може вносити свій зміст та сенси у сюжет.

У нашому дослідженні ми спостерігали це, коли учасники експерименту намагалися пояснити, що вони бачили, або що на їх думку мав би викликати у них ролик в їх переживаннях. Частина, власне, коли чула, що це буде експеримент, то вже очікувала чогось поганого, але дуже хотіла отримати свій перший чи повторний досвід з віртуальною реальністю.

Тобто інтерактивність, сама за собою не гарантує імерсивний досвід. Важливими виступають також і моменти соціального залучення. Цікавим є те, що перше включення у соціальну взаємодію у віртуальному просторі було опосередковане контекстом самогубства.

Одна з перших віртуальних груп підтримки утворилася на основі персональної сторінки Джона Холла, який сформував предтечу сучасних

інформаційних особистих блогів у соціальних мережах та мережі Інтернет (Isaacson, 2014).

Концепцією, яку він закладав у свою сторінку, була «надмірна інформація», яка згодом стала візитною карткою блогів та сприяла співпереживанню, що вело до споріднення. Зокрема, там він розміщував зворушливі вірші про самогубство свого батька. Так звана «халамидницька близькість» чи то концепція розсування меж «надмірної інформації» дозволила «вкласти трохи душі» у спілкування користувачів мережі та створити певний спільний емоційний контекст, який сприяв включенню, зануренню та певній інтерактивності.

Це співзвучно до слів Джерома Ланіра, представника диджераті, цифрових еліт, який на початку 1980-х запропонував та популяризував термін «віртуальна реальність». Цікавим є те, що сім'я Джерома – вихідці з України; родина його батька емігрувала з метою уникнення погромів і, за його словами, вони були доволі налякані зовнішнім світом та тривожні від природи (Savage, 2010).

Згідно Ланіра (Lanier, 2010), важливо створювати щось суб'єктивно значиме, що розповідатиме про особистість розлогіше за будь-які запропоновані шаблони (якими може виступати будь-яка із соціальних мереж чи інших віртуальних середовищ). Важливим також виступає у цьому контексті і самовираження та спосіб віднайти свій голос, зокрема, й залучаючи людей.

Подібний ефект ми спостерігали і в учасників нашого експерименту. Особливе включення учасників спостерігалось саме тоді, коли запропонований відеоряд нагадував їм щось з їхнього життя, і таким чином, міг розкрити їх суб'єктивні сенси і значення у цьому віртуальному просторі.

Аналізуючи наратив, ми можемо фокусуватися на тому, що саме могло сприяти емоційному зануренню у сюжет. Теорія наративу визначає

його як певну репрезентацію події чи низки подій (Abbott, 2002). Таким чином, певний досвід може розгортатися у низці подій чи окремій події (структурі та порядку сцен у ролику), а також у специфіці їх відображення у віртуальній реальності у форматі 360°.

Контекстуалізація імерсивного досвіду та наративу (Hermann, 2009) визначає наратив як спосіб репрезентації, який розгортається у певному контексті або фокусується у певній ситуації, в якій можлива оповідь. Таким чином, важливою стає певна причинно-наслідкова пов'язаність, того що репрезентується, а також певний конфлікт, який може розгортатися у сюжеті.

Емпатичний аспект полягає тоді саме у тому, що той/та, хто спостерігає, відчуваючи цей конфлікт, може залучитися до історії. Тобто, експліцитна розповідь про сюжет має послідовно супроводжуватися відповідним візуальним рядом, який створює сюжетний світ, використаний у відтворенні історії. В нашому експерименті певного роду контраст вже постає між природними мотивами реалістичного характеру та штучного/намальованого у візуальних засобах, а також у тому, що частина з учасників оповіді, як видимі (люди, охоронець тощо), так і репрезентовані лише у формі образів чи звуків (закадровий голос, фолішуми тощо).

Важливим є функціонування наративу у різних вимірах, серед яких послідовність, час та простір (Cobley, 2001). Те, які саме події відбуваються, та як вони розгортаються, впливають на те, як відображене сприйматиметься спостерігачами. При проведенні експерименту ми помітили це за тим, як люди намагалися зорієнтуватися у віртуальному просторі, обертаючи голову чи лише дивитися прямо перед себе.

До певної міри, переміщення у нашому експерименті було важливе не буквально фізично, а за рахунок зіткнення з різними сюжетними подіями, і учасники поступово рухалися за сюжетом, переживаючи різні

події. Тобто наратив – це репрезентативна форма, яка уможлиблює певну послідовність подій, які можуть викликати емоційний відгук, і таким чином, змінювати стан тих, хто спостерігає за розвитком сюжету.

Не менш важливим виступає й сюжетний світ, тобто наратив запропонованого ролика у нашому експерименті, як і будь-який інший наратив, спирається на ширший сюжетний світ для того, щоб створити певний дискурс чи сформувати певний уявний сюжетний світ як частину цього дискурсу, представляючи події, які відбуваються у цьому сюжетному світі у відповідь на певний конфлікт.

Цікавим є те, що в залежності від суб'єктивних сенсів та сенсоутворюючих цінностей, які були в учасників експерименту до перегляду ролику, вони могли по-різному сприймати конфлікт у ньому. Саме за собою впізнавання елементів ролика як такого було доволі виразним у цьому експерименті. Наприклад, навіть з моменту вже лише відображення самої оранжереї, частина учасників нагадала, що вона схожа на деякі ботанічні сади у місті Києві. До певної міри, цей приклад також ілюструє необхідність віднаходження знайомих елементів у незнайомому просторі, значимих суб'єктивно елементів з метою привласнення собі цього сюжету тощо.

Специфічним типом розгортання наративу є оповідь, яка може розгортатися у певних подіях. За Коблі (Coble, 2001), розгортання контексту оповіді залежить від особливостей технології, в яку його вбудовано.

Таким чином, оповідь не лише відтворює певний час, простір і послідовність, а також досліджує ідентичність того, хто спостерігає за нею, полегшує її запам'ятовування, формує певні уявлення про причинно-наслідкові зв'язки, а також про можливий кінець цієї оповіді.

Наприклад, частина учасників, яка не знала мови, якою представлявся ролик, фантазувала про те, що саме «нашіптує» або

говорить їм закадровий голос. Відчуваючи якісь певні загрозливі нотки, які для інших, навпаки, могли бути розслабляючими і медитативними, вони могли фантазувати про те, що зараз із найближчих куців на них вискочить якийсь хижий звір абощо.

Таким чином, ми проходимо до моделі визначення наративу, яка полягає у певній подієвості і, відповідно, у розгортанні певної історії з чіткими градуйованими станами певного імерсивного досвіду (Ryan, 2011). На думку цієї авторки, імерсивною є радше саме розповідь, аніж наратив сам за собою.

Відповідно, важливим є саме те, чи вірить і у що повірить особа, яка спостерігає за розвитком сюжету, аніж безпосередньо те, чи будуть пов'язані поміж собою окремі елементи і вибудовано наратив чи ні. З огляду й на цю модель, учасники нашого дослідження мали доволі виражений емоційний відгук на запропонований ролик, що може свідчити про реалістичність їх переживань.

Райян (Ryan, там же) визначає три способи, за якими може змінюватись наратив, у відповідності до контексту, і яким чином може бути залучений спостерігач до наративу: 1) просторова імерсивність, занурення в обстановку; 2) тимчасова імерсивність, занурення в сюжет; 3) емоційна імерсивність, занурення у відповідь на персонажів. З огляду на вже описані вище приклади, ми можемо говорити, що залучення учасників нашого експерименту у наратив, представлений у ролику, було за всіма трьома показниками імерсивності, а саме, просторової, тимчасової та емоційної.

Ryan також постулює необхідність зміни темпу та напруги під час розвитку наративу. Частково, у запропонованому нами ролику, представлені елементи саспенсу, тобто такого наративу, який стимулює такий емоційний досвід, що може носити інтенсивний характер і вимагає утримування в уяві таких образів, фокусування на яких може тривати

відносно незначний проміжок часу. Таким чином, як і в імерсивному театрі, важливий аспект наративного мистецтва полягає у зміні відстані, так само, як і у насичених моментах в кінематографі, ми можемо говорити про зміну фокусної відстані об'єктиву камери буквально.

Короткий інтенсивний досвід занурення, з тимчасовими чи стійкими довготривалими наслідками, також може викликати більше імерсивне включення та занурення у розповідь. Напруга у наративній оповіді створюється певним маніпулюванням формою та структурою відображення подій – різні темпи та інтенсивність створюють певні градуйовані рівні переживань.

На нашу думку, типи саспенсу описані Райян також були представлені у нашому ролику, що могло сприяти вираженим змінам у показниках позитивного та негативного афектів. Зокрема, Райян (Ryan, там же) виділяє такі типи саспенсу: який-саспенс (що буде далі?); як-саспенс (як це сталося?); хто-саспенс (хто причетний?) та метасаспенс (як закінчиться ця історія?). Переживання декількох типів саспенсу водночас, могло сприяти помірному рівню напруги та переживання конфлікту, що радше включало учасників, ніж скоювало дискомфорт. Хоча для частини учасників, можливо, на тлі підвищеного рівня стресу у житті як такого, така сюжетна лінія лише підвищувала напругу, аніж транслювала безпечне переживання цього наративу у контрольованому середовищі.

Концепція імерсивності, тобто включеності, чи то занурення у певний світ, адресує нас до поняття «імерсивний театр» (англ. *Immersive theater*). Підхід імерсивного театру полягає у тому, що він занурює глядачів безпосередньо у саму виставу та гру акторів. Оточення, яке сприяє зануренню, може передавати певний інтерактивний компонент, уможливлючи руйнування «четвертої стіни» (Punpeng, & Yodnane, 2023).

«Четверта стіна» – це та, якої не існувало серед інших стін-декорацій для побудови сцени в театрі, чи та, замість якої зазвичай розташовують камери і світло, чи де розміщувалася аудиторія глядачів на майданчику тощо. Ідея стіни виникла саме з історій про телесеріали та телепрограми, які знімалися у просторі знімального майданчика з трьох стін. Тобто, злам «четвертої стіни» здатен стирати межу між актором і глядачем, за рахунок прямого звернення до глядача зі сцени (або екрану).

Переосмислення концепції «четвертої стіни» є однією з рис, властивих постмодернізму, хоча вперше термінологічно нею став послуговуватися ще у XVIII столітті Дені Дідро. Відомий німий фільм братів Люм'єр, «Прибуття потягу на вокзал Ла-Сьют» (фр. *L'Arrivée d'un train en gare de la Ciotat*) 1896 року є класичним прикладом зламу «четвертої стіни». Часта сильна емоція страху, викликана за рахунок безперервного ходу потягу, що реалізується у постійному переході між планами при нерухомій камері, була однією з визначних реакцій на цей фільм у глядачів. Реалістичність відображуваного на екрані настільки включала спостерігача, що до певної міри унеможливлювала його критичне ставлення до того, що відбувається за рахунок сильного емоційного включення.

В нашому експерименті також використано ефекти спостереження за сюжетом так, наче це відбувається наживо (як щодо фіксованої точки спостереження, так і щодо реалістичності контексту), проте спектр емоційного реагування, на який ми очікуємо, відрізняється від хорору та саспенсу у стилі братів Люм'єр чи Гічкока.

Роль, яка закладається в руйнування «четвертої стіни», часто може визначатись формою, яка сприяє приємним емоційним переживанням у глядача чи розкриттю персонажа з наративу, який ми спостерігаємо, так і для того, щоб задати певний темп оповіді. Важливі саме форми руйнації четвертої стіни, оскільки вони можуть призводити як до включення та

інтегрування глядача в оповідь, так і до того, що активно підкреслюватиметься штучність створеного в оповіді світу.

В ролику, який було запропоновано учасникам нашого експерименту, були як реальні візуальні елементи ботанічного саду, так і штучні – на основі картин Руссо, і, таким чином, глядачі могли фокусуватися саме на тому, що є для них більш оптимальним і бажаним чи, навпаки, відмежуватися так від неприємного.

Важливим було те, що учасники мали вибір та могли наповнити наратив, який вони спостерігали, тими сенсами, які були для них важливі. Так, наприклад, хтось з учасників міг посуватися вперед у намаганні щось роздивитися. Хтось сприймав образи настільки реальними, хоч це і були фантастичні та наївні елементи з картини «Сон», що висував руки вперед у намаганні доторкнутися до чогось чи вхопитись за щось.

Учасники цілком усвідомлювали, що це образи, які вони бачать в окулярах віртуальної реальності. На уточнююче питання експериментатора, чому вони все ж таки вирішили спробувати доторкнутися до чогось, вони відповідали, що їм цього захотілося, адже в якийсь момент зображувані образи, здавалося, були на такій близькій від них відстані, що, простягнувши руку, наче можна було б відчутти їх тактильно. На нашу думку, в подальших дослідженнях для підвищення рівня занурення можна було б використовувати і тактильні стимули, а не лише аудіо-візуальний ряд.

Закадровий голос від імені привида Анрі, за сюжетом ролику, давав змогу також зламати «четверту стіну». Розмова з глядачами та/чи оповідання дозволяє підкреслити знання про те, що є частина сюжету, яка, власне, складає суто ролик, а є і прямий контакт з чимось. Часом ефекти «брудної камери», як одного з елементів, що також уможлиблював злам стіни, а саме – патьоки води по поверхні скла, дозволяли змінювати рівень

включеності і, відповідно, тримати увагу учасників на тому, що видозмінюється по сюжету.

Такого роду злами не дають забувати спостерігачам, що перед ними певний сюжет, який сам за собою нагадує свою штучність, але тим самим він уможлиблює включення в сюжет, сприяє імерсивному зануренню. Запропонований ролик фактично стає цікавим та інтерактивним у спостереженні саме за рахунок того, що найважливішим стає слідкування за тим, як він розгортається, та дослідження його контекстів.

Вищезазначене вже характерне для метамистецтва, яке ставить питання про взаємовідношення та взаємодію реального та вигаданого. Ця дихотомія як реально була представлена у сюжетних образах самого ролику, так і влучно адресується до взаємодії в континуумі реальності–віртуальності.

Глядач імерсивного театру споживає певний унікальний продукт. Специфіка естетичних, тілесних та когнітивних переживань глядача імерсивного театру описана Machon (2016). Бути публікою імерсивного театру передбачає включення в імерсивність на експерієнтальному рівні з певним мультисенсорним та дослідницьким (експлоративним) залученням. Тобто включеність і, до певної міри, інтерактивність уможлиблюється змогою до реалізації дослідницького потенціалу у формі експлорації контекстів, сюжетів, форм та змістів.

Імерсивність в площині імерсивного театру як однієї зі сфер імплікації концепції зануреності та перформативності часто складається із системного, просторового, фізичного, соціального чи емпатичного, та наративного чи пов'язаного певною послідовністю компонентів (Punpeng, & Yodnane, 2023). Ці ж автори вступають у дискусію з напрацюваннями авторства Machon та сходяться у твердженнях щодо того, що досягнути такого рівня імерсивності, який хотіла б кожна з систем, яка намагається сприяти включеності та зануреності, є все одно доволі важко.

Ці компоненти і у нашому експериментальному дослідженні результувались у тому, щоб мати фрагмент досвіду у віртуальній реальності, який міг би бути максимально подібний до досвіду у реальній реальності.

Результуюча концепція, яка представлена у нашому експерименті, послуговується імерсивністю для оцінки досвіду учасників і для окреслення перспектив розвитку дизайнування імерсивних систем на прикладі технологій віртуальної реальності.

Оскільки середовища VR, AR та MR є доволі вимогливими до їх проектування, ми намагалися прослідкувати вплив ключових критеріїв згідно мультидисциплінарного підходу Delphi (Han, Melissen, & Haggis-Burridge, 2023), який визначає ключові критерії для роботи з такими імерсивними реальностями.

Дослідження Han, Melissen, & Haggis-Burridge (2023) дає єдине визначення ефекту занурення та визначає ключові критерії для його розробки та постановки. Тематичний аналіз виявив п'ять ключових тем: 1) перехід у середовище/з нього; 2) контроль користувача над своїм досвідом; 3) дизайн середовища; 4) зв'язок із контекстом користувача; 5) відкритість і мотивація користувача, які підкреслюють узгодженість взаємодії між користувачем і середовищем у процесі занурення.

Дослідження пропонує структуру імерсивного досвіду як орієнтир для практиків галузі, окреслюючи ключові критерії дизайну для чотирьох різних фасилітаторів імерсивного досвіду: системного, просторового, емпатичного/соціального та наративного/послідовного занурення. Ці ж критерії аналогічні тим, які застосовують і в імерсивному театрі (Punpeng, & Yodnane, 2023).

Таким чином, імерсивний досвід у віртуальній реальності може бути концептуалізований у: 1) фізичному та ментальному залученні в механіку та активність досвіду; 2) переході в інше середовище зі

створенням відчуття присутності у новому просторі; 3) тілесних почуттях переходу, які формуються на основі імагінативної тілесності, яка сприймається у віртуальному; 4) емоційному залученні у віртуальний досвід, який пов'язаний із суб'єктивним соціальним досвідом користувача; 5) бажанні продовжити участь у розвитку сюжетної лінії або нарративу який розвивається у віртуальному досвіді.

Оскільки учасники нашого експерименту виражали бажання взаємодіяти із запропонованим віртуальним простором в моменті і надалі, вище середнього оцінювали якість своєї присутності у ньому та були доволі емоційно залучені у цей досвід, про що свідчать зміни показників позитивного та негативного афектів, ми можемо говорити про влучну організацію імерсивного простору у нашому дослідженні.

Доволі важливою є більш деталізована оцінка ієрархії почуттів користувача імерсивних систем для оптимізації його/її досвіду, який поєднує фізичне та диджитальне середовище і вивчення викликаних, бажаних і небажаних ефектів та ставлень, виражених у поведінці користувачів.

Рівень деталізації в будь-якому імерсивному середовищі може сприяти зануренню, але не завжди його гарантує. Griffiths (2008) звертається до попередніх історичних форм багатьох нових медіа та імерсивних технологій. Дослідники говорять про те, що певні форми занурення та інтерактивності вже відображалися в досвіді взаємодії з панорамами та мистецькими галереями ще у XIX ст. (Grau 2003; Griffiths 2008). Мультисенсорне занурення у відносно сучасному імерсивному театрі вже у XX ст., а також середовище віртуальної реальності в онлайн-новому та VR-просторах є продовженнями попередніх тенденцій до формування ефекту занурення (Smith, 2007).

Griffiths (2008) говорить про те, що досвід занурення формується із комбінації та інтерференції поміж собою у переживанні простору та

занурення як такого, які водночас виступають як пов'язаними, так і окремими аспектами відчуттів та почуттів. Це також властиво імерсивному театру, який, за Sauter (2000), концептуалізується у театральній події на стику подій, відображених у наративі, та реакції спостерігачів, які присутні в момент розгортання сюжету.

У нашому експерименті ми також спостерігали взаємодію віртуального простору, відчуттів та сприймання глядача, що дозволило знизити бар'єри до переживання включеності в імерсивний простір. Відчуття взаємодії та руху, у фізичних та когнітивних його аспектах, були ключовими для досвіду у VR. Оскільки активного пересування у фізичному просторі не було, не виникало симптомів кінетозу, і подвійна система відчуття–невідчуття формувала градуйоване переживання занурення.

Таким чином, тимчасовість стану занурення, яку відносно успішно забезпечив наш ролик, була, з одного боку, на рівні розробки ролика вибудована заздалегідь, а з іншого боку – сформована під час проведення процедури самого експерименту. Тобто, з боку організації експерименту, переживання імерсивності ми могли забезпечити лише в обмеженому ключі підбору стимульного матеріалу та врахування певних процедурних моментів. Важливо, що учасники експерименту могли також певним чином модерувати свою здатність відволікатися, яка може впливати на прикінцевий результат того, чи вийде повністю пережити запропонований досвід, чи ні.

Проілюструвати взаємодію форми і змісту, які сприяють зануренню, можна також в площині геймінгу. Розробники ігор намагаються максимально сприяти тому, щоб гравці занурилися у механізми гри. Створення атмосфери, прописування сюжетних ліній та персонажів покликане сформувати тло для активного зворотного зв'язку від гравців. Різні рівні взаємодії з грою, емоційні відгуки, наратив, який

хочеться довершити його проходженням тощо – все це формує імерсивність у ігровій взаємодії, часом у доволі інтенсивному та швидкоплинному контакті за точкових градуїзованих взаємодій у континуумі відчуття-невідчуття.

Імерсивність, за Ryan (2011), може досягатися як у певному соматичному, так і у психічному стані, тому варто враховувати кожен з цих компонентів, оскільки вони уможлиблюють почуття присутності у формуванні імерсивних просторів. Щодо фізичної включеності, слід сказати, що у той час, як, наприклад, літературний твір чи комп'ютерна гра фізично не оточують читача, імерсивний театр та віртуальна реальність буквально створюють певний простір, який переживається в моменті та охоплює спостерігача.

Однак, щоб досвід занурення переживався, як певний психічний стан у запропонованому просторі, самого за собою перебування недостатньо: саме реакція спостерігача простору на його контекст визначає, чи сприятиме він досвіду занурення і якого саме рівня занурення зможе досягти.

Проблематичність прогнозу потенційного емоційного відгуку, такого, як розчарування або дезорієнтація, що може призвести до підвищення бар'єрів до занурення, формує певні складнощі у використанні VR-інтервенцій. Тобто спостерігач замість того, щоб відкривати для себе певний світ та наратив у ньому, може побачити такі сцени і сюжети, які суб'єктивно забарвлені у негативному реєстрі і, відповідно, впливатимуть на бажання досліджувати простір та взаємодіяти з ним, формуючи конфлікт (McKee, 1999). Своєю чергою, це негативно впливає на досвід занурення і порушує будь-яке відчуття психологічного «потoku».

«Потік» виникає, коли є відчуття відповідності контексту, який передбачає певну реакцію, та власне реакції (Mihaly, 1992). Відчуття

нездатності чи неспроможності щось зробити є ключовим бар'єром для формування доступності занурення. Саме тому, коли ми інструктували учасників експерименту, ми наголошували на тому, що вони можуть зробити, щоб, за необхідності, убезпечити себе як фізично, так і емоційно, наприклад, зняти VR-окуляри, звернутися до експериментатора за допомогою, припинити участь у дослідженні у будь-який момент тощо.

В цьому контексті важливим також виступає масштабування. Суперечливий зв'язок між історією та сюжетом може, наприклад, у великій імерсивній театральній виставі поставити перед глядачами нереальне завдання. Воно полягає у неможливості орієнтуватися у запропонованому сюжетному світі та відповідному йому емоційному контексті.

Неможливість доступу до цілісної історії виникає внаслідок конфлікту сильних емоційних переживань, викликаним відмінностями між розумінням спостерігачем цілісної історії сюжету та власної суб'єктивно значущої історії. Як результат, певна частина переживань блокується, частина наративу стає незрозумілою, і у спостерігача виникає занепокоєння через те, чи робить він щось правильно і чи опинився він у потрібному місці (Sauter, 2000). Ми не отримували такого зворотного зв'язку від учасників експерименту, тому ми можемо свідчити про вдалий досвід занурення, організований у нашій процедурі дослідження.

В одній з найбільш цитованих праць з вивчення наративу авторства Barthes (1966) «Вступ до структурного аналізу наративів» (англ. *Introduction to the Structural Analysis of Narratives*) у якості ключового компоненту щодо того, як люди взаємодіють з наративом, зазначається причинність. Для Barthes послідовність виникнення наслідку з того, що його викликало, є центральним компонентом наративу.

Інші дослідження наративу свідчать про важливість причинно-наслідкового зв'язку для формування сенсу. Для Brooks (1984) сюжет,

який визначається як акт формування чи створення оповіді, надає значення історії та задає їй певний напрямок. Спостерігач стикається з сюжетом, стежить за ним, та по ходу створює зміст та інтерпретацію. Сюжет змушує рухатися вперед, шукати в оповіді задум та наміри, що потенційно результують в досягненні певного сенсу.

Ricoeur (1970) також припускає, що зміст і причинно-наслідковий зв'язок пов'язані: він визначає стеження за історією як розуміння послідовних дій, думок і почуттів, про які йдеться і які демонструють певну спрямованість. Занурення в лінійну розповідь можливе саме за рахунок існування причинності та бажання знати, як розвивався хід подій.

Бажання знати причину того, чому і як одна подія йде за іншою, є вагомою причиною для супроводження історії до кінця. За умови переживання подій в будь-якому порядку, може бути втрачене відчуття причинності. Так само інтерес може зникати за повтору елементів сюжету та, відповідно, розуміння того, як розвиватиметься наратив історії далі.

Внутрішнє простеження послідовності уявного світу знижує бар'єри для (психологічного, когнітивного) занурення. Добре побудована історія дозволяє спостерігачеві формувати уявний світ під час його дослідження. Сюжет не обов'язково має бути лінійним, але історія, яка розказана в сюжеті та розвивається в ньому, має буде такою.

Причинність історії в контексті імерсивності може забезпечити додатковий засіб для формування занурення, за рахунок плавного покрокового занурення із розвитком сюжету, або, навпаки, сформує бар'єр для занурення, внаслідок нерозуміння спостерігачем своїх реакцій, що поставатимуть у розрізі поданої історії. Це, своєю чергою, викликає відмінності у переживанні наративу пропонованого світу та суб'єктивного наративу спостерігача за його розвитку по сюжетній лінії, що становить проблему, з точки зору інтерпретації свого стану, підвищення тривоги через відсутність розуміння, розчарування тощо. Ми

спостерігали такий ефект у деяких учасників експерименту, що було пов'язано з відмінностями між їх очікуваннями та запропонованими сюжетними контекстами у ролику, який було продемонстровано у VR.

Таким чином, імерсивний досвід виникає у момент спонтанної реакції, яка виникає від контакту з ретельно продуманим, часто й інтерактивним, середовищем, яке було спеціально здизайновано, щоб викликати спонтанну відповідь. Таке конструювання уможливорює зниження бар'єрів для формування включеності та імерсивності. Бар'єрами у нашому експериментальному дослідженні могли виступати комплект VR-гарнітури та контролера та сам наратив оповіді у ролику та загальний контекст дослідження.

Раніше нами вже було досліджено та виділено фактори щодо формування антивітальних переживань в умовах конфлікту (Шевчук, 2020). Інтерпретуючи результати, отримані внаслідок ортогонального обертання як одного з етапів факторного аналізу, дозволило виявити наступні 11 факторів (в даному випадку «егоїстичність» вживається як синонім «направленості на себе», тобто всередину, а «соціальність» – як «направленість на соціальне оточення», тобто назовні):

1. Соціальна егоїстичність. В цей фактор входять такі змінні як: цінність особистого життя, цінності спілкування, цінності прийняття інших людей, позитивна переоцінка, альтруїстичні цінності, егоїстичний тип міжособистісних стосунків, самоконтроль, гіпертимність, авторитарний тип міжособистісних стосунків, демонстративність, долаюча поведінка у вигляді копінгу планування розв'язання проблеми. Даний фактор описує позитивну адаптованість в умовах конфлікту, а саме помірну соціальну орієнтованість із високим рівнем збереження власних меж.

Таким чином, можна зафіксувати, що провідними цінностями для людини в такому випадку є цінність особистого життя, на противагу

професійній самореалізації. Важливим для такої людини, тим не менш, залишається прийняття людей, проте цінність життя досягається за рахунок авторитарного типу міжособистісних стосунків, з достатньо високим рівнем демонстративності та задоволенням егоїстичних потреб.

Така людина є достатньо розсудливою та поміркованою у вирішенні проблем, що виникають; це дозволяє їй за рахунок позитивної переоцінки долати негативні переживання на основі переосмислення їх як стимулу для задоволення власного особистісного росту. Гнучкість розуму дозволяє особі бути достатньо пластичною і, в той же час, може викликати певні труднощі для людини щодо перебування весь час на одному місці, займаючись однією справою. Переважний фон настрою достатньо доброзичливий та позитивний в цілому, проте зрідка може супроводжуватися незначною дратівливістю.

2. Соціальна конформність. В цей фактор входять такі змінні як: цінності справи, інтегральний показник суїцидального ризику, конформістські цінності, приймання відповідальності, схильність до втечі-уникнення, альтруїстичний тип міжособистісних стосунків, підпорядкований тип міжособистісних стосунків, тривожність, конфронтаційний копінг.

Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме – високу соціальну орієнтованість із порушенням власних меж. При високому навантаженні на людину вона буде уникати вирішення справи з метою зменшення психологічного напруження на себе, інколи вона може робити це і на противагу власним переконанням і бажанням, через пожертвування собою як в позитивному ключі (альтруїстичний тип поведінки) так і в негативному ключі (підпорядкований тип поведінки) для своєї особистості в рамках формування міжособистісних стосунків.

Така особа добре усвідомлює межі власної відповідальності, тому може докоряти собі при порушенні обіцянок, даних як іншим людям, так і зрідка – собі. Таким чином, з метою вирішення конфлікту людина може скоювати суїцид заради збереження своєї особистості, або заради суспільного вищого блага. В рамках вправляння з травмувальними ситуаціями такий тип поведінки може супроводжуватися зануренням в свою особистість, в рамках заперечення наявної об'єктивно проблеми. Відповідно, така людина може фантазувати, мати певні невинуваті очікування щодо вирішення ситуації або певної суперечності.

3. *Мінлива егоїстичність*. В цей фактор входять такі змінні як: циклотимність характеру, збудливість характеру, тривожність характеру, відсутність конкретних цілей, цінності самоствердження, відсутність самоконтролю, абстрактні цінності, інтегральний показник суїцидального ризику, індивідуалістичні цінності. Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме – ігнорування соціальної орієнтованості із розмитими адаптивними власними межами.

Такі люди не схильні до того, аби протиставляти себе іншим, вони вважають себе кращими. Будь-які прояви настрою можуть швидко «спалахувати» і так само швидко затухати. В періоди гарного настрою вони налаштовані оптимістично та з легкістю долають певні труднощі на своєму шляху.

Вони здатні легко вступати у контакт з соціумом, адже гнучко підлаштовують власні межі щодо ситуації, яка утворилася. Таку перевагу їм дає їх висока лабільність, але водночас в умовах конфлікту або небезпечної загрозливої ситуації, вони можуть мати неочікувану і для себе, і для оточуючих реакцію. Якщо структура особистості містить негативне ставлення до себе, то людина самостверджується саме у цьому ключі, і навпаки.

Як правило, такий тип поведінки настільки ситуативний, що неспроможний бути розрахованим на довготривалу перспективу. Такі люди точно знають лише те, що у майбутньому радше підлаштуються під нього, аніж будуть будувати його власноруч. Відсутність соціальної орієнтації може завдавати значної шкоди, особливо в кризові періоди, коли важливим є саме соціальне оточення індивіда. Також вони будуть мати певні труднощі в умовах мікросоціального конфлікту, адже не завжди можуть мати настільки стійку та водночас гнучку структуру особистості, щоб протистояти проблемам. Оскільки вони є певною мірою відділеними від соціуму, вони можуть переживати соціальну відстороненість і, відповідно, тривогу.

4. Розважлива егоїстичність. В цей фактор входять такі змінні як: цінності самоствердження, індивідуалістичні цінності, абстрактні цінності, конкретні цінності, професійна самореалізація, планування розв'язання проблеми, низька агресивність у міжособистісних стосунках, пошук соціальної підтримки. Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме – помірну соціальну орієнтованість із чітким регулюванням поведінки власними цінностями та уявленнями.

Такий тип поведінки чітко регламентований цінностями та уявленнями людини. Якщо їх характер достатньо мінливий та адаптивний, то така людина буде просуватися по життю, проте, певний стрижневий каркас цінностей буде присутнім у її житті все одно, адже це все, чим керується така особистість.

Загрозу складають умови, за яких іде значна переоцінка цінностей, адже це може змінити не лише поведінку а і когнітивну, і емоційно-вольову сферу такої людини.

Проте, оскільки існує орієнтація на соціальне оточення та пошук соціальної підтримки через взаємодію у мирному ключі, то така особистість може бути цілком пристосованою до життя та важких

життєвих умов, що склалися. Інколи, щодо емоційного реагування, така людина може видаватися холодною та відстороненою, проте, це все також залежить від особливостей тих цілей та орієнтирів, що складають її каркас реагування. Своєю чергою, наявність певного роду домінування раціонального над емоційним дозволяє достатньо чітко діяти в певних кризових ситуаціях і, відповідно, стримувати, або ж, навпаки, фасилітувати свої емоції.

5 Соціальна залежність. В цей фактор входять такі змінні як: емотивність характеру, альтруїстичний тип міжособистісних стосунків, приймання відповідальності, залежний тип міжособистісних стосунків, пошук соціальної підтримки, інтегральний показник суїцидального ризику, схильність до втечі-уникнення.

Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме – помірну соціальну орієнтованість із вразливими внутрішніми межами. Така особистість достатньо вразлива, чутлива до соціального впливу, тому може як легко образитися, так і легко переживати життєві негаразди, перебуваючи в позитивно налаштованому щодо неї мікросоціальному оточенні. Проте характер зміни поведінки чи емоційного реагування йде за механізмом зараження, адже існує певний рівень усвідомлення щодо скоєння певних дій, хоч і, на перший погляд, видається, що емоції на першому плані.

Така людина здатна приймати відповідальність, але вона буде занадто сильно емоційно залучена, та буде справді вболівати за те, що вона робить. Саме тому існує ризик глибоко переживання невпевненості. Така особистість може реагувати на невдачі у реакціях уникнення і втечі від реальності.

Тому вона може повністю ігнорувати проблему, що може свідчити про дезадаптивність прояву, хоча насправді така поведінка може врятувати людину від сильного душевного потрясіння, що, своєю чергою,

може врятувати їй життя, адже існує ризик скоєння суїциду, зокрема, в умовах конфлікту з мікросоціальним середовищем. Тому, якщо в кризових ситуаціях надати такій особистості соціальну підтримку, вона може легше впоратися із проблемою, та відповідно швидше вийти із загрозливого для себе стану.

б. Соціальна ригідність. В цей фактор входять такі змінні як: застрягаюча акцентуація характеру, педантична акцентуація характеру, дистимність характеру, недовірливий тип міжособистісних стосунків, агресивний тип міжособистісних стосунків, відсутність приймання відповідальності, альтруїстичний тип міжособистісних стосунків. Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме – помірну соціальну орієнтованість із вразливими внутрішніми межами.

Такій людині важко перемикається із зовнішньої на внутрішню діяльність. Вона може бути надзвичайно старанною, проте й може, навпаки, бути надзвичайно дріб'язковою, як і при виконанні певних справ, так і міжособистісних стосунках, може уникати відповідальності через свою принциповість, обов'язковість, чи відсутність орієнтації на цінності групи.

Така людина може бути достатньо агресивною та властолюбною. Оскільки інколи вона веде себе надто самовпевнено в умовах конфлікту, вона може зазнати поразки і тяжко її переживати. Така риса, як дистимність характеру, характеризується постійним пониженням настрою, і відповідним несміливим ставленням щодо прийняття важливих рішень у своєму житті.

Проте перевагою може виступати нестандартний тип мислення і відчуття справедливості / несправедливості щодо себе або свого найближчого оточення, що і дозволяє встановлювати близькі соціальні контакти, які своєю чергою можуть набувати характеру залежності. Тому, порушення стосунків з найближчим соціальним оточенням може

викликати достатньо серйозні переживання та створювати ризик як для самої людини так і її оточення. Проте ті люди, що не підривають її довіру, зазнають позитивного ставлення до себе, адже така особистість починає проявляти щодо них свою альтруїстичну і доброзичливу сторону.

7. *Захисна егоїстичність*. В цей фактор входять такі змінні як: дистанціювання, агресивний тип міжособистісних стосунків, етичні цінності, конкретні цінності, пошук соціальної підтримки, схильність до втечі - уникнення, цінності прийняття інших людей, дружелюбний тип міжособистісних стосунків. Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме помірну соціальну орієнтованість із адаптивними внутрішніми межами.

Характерним для даної особистості є переживання конфлікту за рахунок суб'єктивного зниження їх значущості, та відмежування емоційного залучення, з використанням раціоналізації, переключення уваги, жартів, тощо. Така людина може видаватися агресивною, проте це може лише вказувати на її послуговування своїми цінностями та уявленнями.

Викликавши довіру у такої людини, можна знайти у ній вірного друга і товариша, адже вона є достатньо вірною щодо своїх поглядів. В умовах мікросоціального конфлікту вона може зазнати певних негативних переживань, але за умов підтримки може з легкістю їх подолати. Така особа може бути достатньо обережною у справах, але при цьому вправно виконує поставлені перед нею конкретні цілі і завдання, як і під час роботи, так і в повсякденному житті.

В цілому, втеча і відмежування від певних проблем виступають тут радше як засіб відпочинку для розуму та емоцій, аніж прагнення відмежувати себе від вирішення певних питань. Саме тому, такий тип поведінки є достатньо адаптивним щодо сьогоденних умов існування,

проте може відрізнятися певними загостреннями щодо важливих і цінних для людини переживань.

8. *Соціальна налаштованість*. В цей фактор входять такі змінні як: залежність, тривожність, відсутність дистимності, конформістські цінності, дружелюбний тип міжособистісних стосунків, альтруїстичні цінності, демонстративність, відсутність недовірливості. Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме високу соціальну орієнтованість із помірним відмежуванням себе.

Такий тип поведінки в конфліктних ситуаціях характерний для особистості, що може бути достатньо безпомічною щодо соціального оточення, та тому не може проявляти спротив, чи навпаки вважає, що інші праві щодо того, яким чином потрібно діяти, відчувати чи міркувати. Не дивлячись на це, вона може бути навпаки довірливою та достатньо позитивно налаштованою щодо людей, адже прагне отримати соціальну підтримку, тому інколи може жертвувати собою, проте, навіть не усвідомлювати цього до кінця.

Така особа є достатньо простою та приємною у спілкуванні людиною, адже не проявляє себе, а більшою мірою дає можливість розкритися іншому. Інколи, коли така людина прагне «бути хорошою», коли вона не може виконати певні умови цінності, вона може достатньо важко переживати такий конфлікт і відповідно страждати без соціальної підтримки, особливо, від значимих для неї людей.

Саме тому, така людина може слідувати певним правилам та принципам, чи інтегрувати групові принципи в свою поведінку з метою свого позитивного бачення, інколи навіть не лише в очах інших, а і в своїх очах. Вона може бути ентузіастом своєї справи і активно досягати цілей, поставлених перед нею групою, або важливими і значимими людьми. Також вона може видаватися демонстративною, проте таким чином буде

лише намагатися проявити свої найкращі сторони з метою того щоб її помітили і могли по достоїнству оцінити.

Така особа може змінювати свою лінію поведінки в умовах соціальної депривації і трансформувати її в залежності від своїх уявлень, якщо такі ще залишилися від багаторазових спроб мімікрувати з певним соціальним середовищем.

9. Егоїстична відстороненість. В цей фактор входять такі змінні як: конфронтаційний копінг, схильність до втечі-уникнення, професійна самореалізація, авторитарність, циклотимність характеру, педантичність, конформістські цінності, дистимність характеру.

Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме мінімальну соціальну орієнтованість із чітким відстоюванням внутрішніх меж. Характеристикою такого типу поведінки буде цілеспрямована діяльність щодо здійснення певних конкретних цілей або певних дій, що задовольняють певні потреби чи прагнення людини.

Саме тому така людина може активно організовувати своє життя за типом кар'єрного росту, з ігноруванням особистого життя. Можлива імпульсивність поведінки, що може свідчити про розрядку певного напруження.

Інколи саме з цією метою людина відмежовує себе від оточення, та відходить у свій внутрішній світ переживань та думок. Інколи вона може видаватися холодною, розсудливою, розважливою та авторитарною навіть щодо свого близького оточення. Можлива певна бідність емоційного реагування та понижений емоційний фон, через надмірну інтелектуалізацію, того, що відбувається у житті такої людини.

Така людина може протиставляти себе іншим, але при цьому не буде вважати себе кращою, адже все одно потребуватиме соціальної підтримки і заохочення. Можливі певні емоційні хвилі реагування, проте

вони швидко проходять та свідчать про життєву важливість того, що так могло схвилювати цю людину у будь-якій із сфер її життя. Саме тому під час сильних душевних переживань, що ззовні можуть ніяк практично себе не проявляти, така особистість може потребувати турботи про себе та може ставати конформною щодо того аби отримати необхідну їй в цей момент соціальну підтримку.

10. Егоїстична поміркованість. В цей фактор входять такі змінні як: екзальтованість, відсутність пошуку соціальної підтримки, професійна самореалізація, відсутність абстрактних цінностей, конкретні цінності, етичні цінності, підпорядкований тип міжособистісних стосунків, відсутність планування вирішення проблеми. Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме мінімальну соціальну орієнтованість із чітким відстоюванням внутрішніх меж.

Люди такого типу можуть бути сприйняті як сильні вольові особистості, адже практично не шукають соціальної підтримки і все одно залишаються достатньо пластичними через достатньо високу швидкість перебігу психічних процесів.

Такі люди зазвичай сприймаються також як живі, адже достатньо інтенсивно реагують на будь-які навіть незначні події свого життя, при цьому вони можуть як впадати в депресію, так і, навпаки, бути в достатньо мрійливому та щасливому настрої. Вони достатньо конкретно і чітко виконують як ззовні поставлені перед ними завдання, так і свої власні проекти та задуми.

Інколи за рахунок певної вразливості щодо значимих сторін свого життя вони можуть потрапляти в стосунки, в яких будуть підкорятися, проте, лише тоді, коли це не суперечить їх власним установам та вподобанням.

Хоча це може виступати для них значимим джерелом отримання підтримки від мікросоціального оточення. Оскільки вони можуть бути

достатньо пластичними, то в конфліктних ситуаціях вони роблять першими кроки щодо вирішення певних незручностей, особливо якщо це заважає їх самореалізації та розкриттю. Це може відбуватися інтуїтивно, адже планування своєї діяльності не є для них характерним, вони краще себе почувають, коли орієнтуються «на місцевості», аніж коли планують щось заздалегідь, оскільки через порушення планів може бути змарновано дорогоцінний час. Часто можуть виконувати щось, чого не хочуть, але слід виконати в останній момент, адже є людьми обов'язку та слідує певним етичним нормам.

11. Впевнена егоїстичність. В цей фактор входять такі змінні як: гіпертимність, авторитарність, відсутність недовірливості, абстрактні цінності, низький інтегральний показник суїцидального ризику, егоїстичність, залежність, конформістські цінності. Даний фактор описує адаптивний тип поведінки в умовах конфлікту, а саме – мінімальну соціальну орієнтованість із чітким відстоюванням внутрішніх меж. Ззовні таку поведінку можна описати як вільнолюбну, впевнену, активну, соціально незалежну, безтурботну.

Людина перебуває зазвичай у доброму гуморі та здатна з легкістю вирішувати певні проблеми чи переступати через перепони на своєму шляху. Тому інколи вона сприймається як достатньо авторитарна, хоча й може бути такою у своїх переконаннях, прагнучи контролювати своє життя, а часто – й оточуючих.

Така особа може бути дещо ригідною щодо зміни своїх уподобань, але дуже рідко страждає через це. Вона любить себе і не дає себе ображати, саме тому в умовах конфлікту їй не загрожує формування певних суїцидальних тенденцій.

Проте, вона може виступати достатньо конформною з метою отримання підтримки себе, або своїх уподобань, що часто можуть виступати і уподобаннями мікросоціального оточення чи референтної

групи. Вона може видатися залежною щодо того яким чином себе поводить, але це може бути навпаки лише свідченням її м'якості та довірливості щодо свого оточення. Саме тому, що інші можуть не очікувати на таку поведінку, її можуть неправильно розцінити. Але в цілому, така особистість є достатньо адаптованою щодо конфліктів в мікросоціальному середовищі та загалом, адже здатна адекватно змінювати свою поведінку відповідно до оточення, в якому вона знаходиться.

З точки зору аналізу у філософському контексті, ми можемо говорити що віртуальна реальність до певної міри уможливлює герменевтичний діалог (Harrington, 2013) щодо бачення збоку певного стилю і смислів, вписаних у віртуальний сюжет.

До певної міри, окуляри віртуальної реальності є своєрідним містком між можливістю контрольованого створення образів та їх переживання в обмеженому часопросторовому відношенні, який визначає об'єктивність цієї взаємодії та убезпечує її для суб'єктивних контекстів потенційного отримувача таких послуг та спостерігача.

Також важливим щодо розвитку технологій є вплив четвертої постіндустріальної революції та формування певних капіталістичних тенденцій у впливі технологій на наше життя, а також та необхідність їх запровадження, що суперечить, до певної міри, аналоговості нашої психіки та свідомості. Людина за своєю природою є аналоговою істотою, яка потребує різномірної стимуляції для формування перцептивних образів.

Концепції симулякра Дельоза (Deleuze, & Krauss, 1983) та Бодріяра (Baudrillard, 1988) описують специфіку віртуалізації сучасного світу. До певної міри, віртуальними виступають також компоненти модальної логіки, такі, як «можливий світ» (Soch, 2023) та формування знання в епістемології (Haack, 1993).

Постмодерністський принцип «припустимо все» (англ. *«anything goes»*) описує перетворення реальності на ефемерний та нестабільний світ, в якому втрачається образ-референт (Калашнік, 2010). Постнекласична культура моделює нові світи, часто у безтілесних відповідниках. Наприклад, творення «другої дійсності» властиве театральній системі Антонена Арто (Esslin, 1999) та Єжи Гротовського (Grotowski, 2012), в якому «театр жорстокості» поєднує міфічний світ та свідомість.

Гуманізм як одна із цінностей у часи постмодерну у часи постпостмодерну чи то метамодерну набуває нових значень і форм.

Концепт віртуальності, на думку Тетяни Гундорової (Hundorova, 2019), упередметнився на теренах України після 26 квітня 1986 року із вибухом на Чорнобильській атомній електростанції. Не можливість побачити пряму небезпеку від радіоактивного випромінення, але розуміння її небезпеки як такої, уможливило наочне сприймання віртуального та пов'язаних з ним невидимих загроз.

Загалом, доволі цікавим є контекст формування віртуальності мислення, особливо, у філософській думці та літературних надбаннях, які нині ілюстровані роботами літераторів та філософів кінця XX – початку XXI століття. Гундорова (2019) вважає, що епоха постмодерну закінчилася 11 вересня 2001 року із атакою на Вежі-Близнюки, оскільки саме тоді концептуалізовано нову епоху нестабільності, а також атаки на загальні гуманістичні людські принципи, що, до певної міри, продовжує існувати й зараз у різних формах і принесло з собою початок нової епохи на перетині цих форм.

Осмислення катастрофи принесло розуміння ідеї розпаду, деструкції та зміщення, перформативності та поліваріативності. До певної міри, виникла і сформувалась ігрова свідомість та віртуальне

мислення, адже радіація є невидимою, але виправляє дійсність, деформує реальність і тілесність.

Чорнобильська катастрофа певною мірою змінила культуру, літературу, форму і зміст, зокрема, відобразила зміну концепції пам'яті та мислення, розпад інформаційного вакууму радянської системи, що також сприяло деколонізації нашого мислення та усвідомлення себе в індивідуальній площині. За Гундоровою, до того люди не мали досвіду спротиву, але несли у собі його дію.

Таким чином, формується своєрідна культура ядерної епохи (Гундорова, там же), в якій ми можемо спостерігати колонізовані національні культури, розщеплення культури мови та образів світу. Символізм образів трагедії, які сприймаються суспільством, позначає загальну тенденцію до протиставлення: зв'язності та відстороненості, фрагментарності та ризоматичності тощо. Фактично, це позначає своєрідне існування світу «після кінця».

Подібні процеси спостерігаються і в онлайн-культурі. Стики етики різних епох формують спектр феноменів пограниччя, які відображають різну інтерпретацію контекстів.

Аналізуючи застосування віртуальної реальності в контексті особливостей постмодерністських науки, культури, а також відповідник практик, необхідно зупинитись на аспектах міфотворчості та віртуальності як роботі з образами.

На думку Калашнікі (2010), розвиток технологій радше перевідкрив створення віртуалістики, аніж створив його наново. Він вважає, що найдавніша форма феномену віртуальної реальності та її первісна об'єктивація – це міф та міфологічне сприйняття як таке, що конструюється міфом, як певним синкретичним образом, як певною об'єктивною дійсністю.

В площині культури віртуальна реальність може набувати різних форм і також бути концептуалізована у формі мистецтва (зокрема, у літературі, театрі, кінематографі, радіо) та VR. Моделювання цих реальностей сприяє самоідентифікації суб'єкта та його рефлексії. Часто воно набуває форми схоплення себе у моменті часу в певній точці світу, з віднаходженням суб'єктивної правди в моменті.

Міф – це семантичне поле зустрічі з реальністю, в якому, найнеймовірніші ірраціональні події можуть сприйматися як реальні. Різноманітність досвіду щодо концепції віртуального у Середньовіччі використовувалася для подій, які існували тимчасово чи частково, а також для зв'язку абсолютного з конкретним, одиничним (Калашнік, там же). З розвитком фізики, віртуальне стало стосуватися елементарних часточок. За якийсь час, зазначені міфологічні особливості результувались у дослідженнях тривимірних моделей реальності, які передавали в імітованому просторі ефект імерсивності, або присутності.

Згодом, віртуальне стало стосуватись об'єктів, які існують, але не як одиниці реального фізичного світу чи як об'єкти, які мають певний потенціал, який може бути реалізований, а як продукти імагінації та/чи віртуальні об'єкти. Таким чином, підкреслюється важливість активності, продукування чогось, активний спосіб дії тощо.

Відповідно, моделювання віртуального, виступаючи активною формою, до певної міри протиставляється міфологічній свідомості. Авторами, які описують її, а також подекуди називають цей феномен, наприклад, колективним несвідомим (Jung, C. G., 2019) та несвідомим (Freud, 2005), виділено важливість образів та емоцій, які функціонують на цьому рівні як певні способи буття. Паралелі культурного розвитку, а саме формування перших табу у формі міфів, що, власне, стали формувати культуру, по суті починають опосередковувати і поведінку людини.

Поведінка починає бути предметом абстрактних та конкретних усвідомлених образів, які можуть виступати міфологічними відповідниками для формування повноти певного припису. Надмірне усвідомлення зовнішньої та внутрішньої реальності призводить до збіднення поза вербальними контекстами.

Наратив міфу формував певну дистанцію для того, щоб пережити щось зв'язано, проте водночас на рівні достатньої дистанції. Таким чином, міф, а тепер і інтервенції у VR, пробудовують місток поміж фрагментарністю та зв'язністю та є своєрідним перехідним простором для символізації у формі образів чи одиниць мови. Він поєднує довербальні, тобто сформовані без участі мови, та вербальні, тобто упредметнені в мовних конструктах, психічні процеси.

Тобто, така форма сучасного міфотворення, до певної міри, дозволяє через терапевтичний контекст формувати образність, яка допомагає людині в осмисленні сенсів, які лежать в довербальній та позавербальній площині, оскільки людина ірраціонально починає сприймати реальним щось, до чого, у тому числі, відчуває певну причетність.

Саме тому інтервенції за участі VR можуть впливати на позавербальні компоненти та пропрацьовувати їх часом значно ефективніше за інтервенції, які опосередковані більш інтенсивними вербальними стимулами.

Герменевтичне дистанціювання через злам «четвертої стіни» уможливорює співпереживання певних процесів, але також дозволяє залишатися людині причетною. Об'єктивізація віртуальності через міф, мистецтво, художню літературу та інші медіа, які працюють з цим контекстом, дозволяє в логіці міфу сприяти соціальним трансформаціям у віртуальності.

Таким чином, віртуальна реальність, технічно виражена у VR – це місток співіснування декількох реальностей, т. з. реальної реальності та онейроїдної, тобто концептуальних очікувань, що лежать у просторі химерних уявлень, снів тощо. Віртуальна реальність уможливлює одночасну присутність в імерсивному та неімерсивному контекстах, адже вона сама за собою існує, проте одночасно не будучи об'єктом реального світу.

На нашу думку, так само, як ідеяція про самогубство, тобто думка про те, чого ще не сталося, але може статися, так і віртуальна реальність є певною внутрішньою виразною формою з потенціалом до дії. І саме тому інтервенції засобами віртуальної реальності щодо суїцидальних ідеяцій, можуть бути особливо ефективними.

Переживання чогось у імерсивному просторі також може уможливити його символізацію в інших контекстах, зокрема, у формі мови. Переживання самогубства у просторі віртуальної реальності часом сприймається багато більш реальним, за рахунок емоційного включення та захоплення (Buckley, 2016).

Оригінальною також є думка про те, що заперечуючи певний міф, людина стає заручницею свого ж міфу про відсутність міфу, тобто якоюсь мірою вона має сформувати певні опори, замість символів та ознак того міфу у повсякденні свого життя, в якому вона знаходиться, та навчитися оперувати ними на різних доступних рівнях організації цих образів. Саме за собою підсилення образності уможливлює розуміння себе та відділення себе від світу.

Враховуючи контексти включеності, на нашу думку, було б цікаво порівняти поміж собою досвід VR-інтервенцій з, наприклад, практиками майндфулнес з когнітивно-біхевіоральної терапії, практик фокусингу з гуманістичної та експерієнтальної терапії.

Висновки до розділу 3

1. За результатами проведеного експерименту, констатовано статистично значущі зміни у вимірюваних психологічних ефектах до та після перегляду 360° відео у VR-окулярах. Разова інтервенція за посередництва імерсивних технологій сприяла змінам у вимірюваних психологічних ефектах асоційованих з суїцидальністю показників і потенційно може бути використана як засіб превенції суїцидальної поведінки. Було підтверджено експериментальну гіпотезу нашого дослідження.

2. Внаслідок експериментального впливу спостерігається покращення у показниках позитивного афекту та компонентів суб'єктивного благополуччя, таких як інтегральний показник, психологічне і фізичне благополуччя. Проведення експерименту також вплинуло на зниження показника безнадії як у контрольній, так і експериментальній групі. Подібні тенденції щодо більшої вираженості вищезазначених показників, спостерігаються і у порівнянні груп, в яких не було здійснено виміру до експериментального впливу.

3. Виявлено низку кореляцій між досліджуваними параметрами. Зі збільшенням тривожності, спостерігається збільшення рівня депресивності. Показники депресії прямо пропорційно узгоджуються із показниками безнадії. Рівень безнадії прямо пропорційний показникам негативного афекту та обернено пропорційний показникам позитивного афекту. Повторне переживання в моменті тут і тепер та почуття загрози в моменті, як фактори, які вказують на переживання травми, пов'язані із вираженим рівнем тривожності. Тривога обернено пропорційна до показників благополуччя. Вищий рівень показників благополуччя прямо пропорційно пов'язаний із позитивним афектом та обернено пропорційно з показниками негативного афекту.

4. Встановлено предиктори депресії: негативний афект, безнадія та благополуччя у стосунках. Ці предиктори змінюються внаслідок перегляду 360° відео у VR-окулярах. Зокрема, VR-інтервенція здійснює пом'якшуючий вплив на показник негативного афекту. Показник безнадії дещо посилив свій вплив на депресивність, що може свідчити про його більшу стійкість до VR-втручання та специфіку процедури самого експериментального дослідження, яке актуалізувало переживання учасників. Рівень благополуччя у стосунках після VR-інтервенції залишився незначним прогностичним фактором; його ефект після втручання знизився. Таким чином, зміна прогностичної потужності моделі після втручання може вказувати на потенціал VR-інтервенцій щодо зміни симптомів депресії.

5. Ефективність VR-інтервенцій може бути пояснена уможливленням штучного моделювання реальності, яка сприймається як реальна реальність, і, відповідно, дозволяє пережити певний досвід, особливо, в сфері афективних переживань. Цей досвід сприяє загальному покращенню стану особистості. При цьому даний ефект спостерігається і за короткотермінових інтервенцій. Виявлені закономірності можуть сприяти як превенції суїцидальності, так і роботі з депресивними проявами.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення та подано нове розв'язання проблеми превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій. Отримані результати дослідження уможливили формулювання таких висновків.

1. Суїцидальність – це схильність до суїцидальної поведінки, яка зазвичай проявляється суїцидальними думками або намірами та пов'язана з високим ризиком суїцидальних дій. Міждисциплінарні дослідження суїцидальності констатують неоднозначність та амбівалентність ставлення до цього феномену з плином часу та у різних спільнотах; вказують на контroversійність підходів до убезпечення людей від скоєння самогубства.

Суїцидальна поведінка – це такий прояв суїцидальної активності, який має на меті результувати у завершеному суїцидальному акті. В рамках суїцидальної поведінки суїцидальна активність прогресує від початкових стадій малоусвідомлених внутрішніх форм до практичної реалізації суїцидальних дій. Наявність багатьох індивідуальних чинників суїцидального ризику, їх непостійність та мінливість предиспозуючих змінних, а також їх поєднань, створюють суттєві труднощі прогнозу та дослідження суїцидальності.

Прикладом якісного поєднання міждисциплінарних досліджень та результуючих пропозицій щодо практичних інтервенцій у контексті суїцидальності є використання імерсивних технологій як і у сфері ментального здоров'я та психосоціальної підтримки загалом (наприклад, у роботі з певними коморбідними станами та симптомами), так і для превенції суїцидальної поведінки – зокрема. Імерсивні технології (віртуальна реальність) можуть сприяти певним можливостям, серед яких, наприклад: 1) створення контрольованого середовища для

дослідження/формування певних копінгів та навичок емоційної та поведінкової регуляції; 2) покращення занурення і включення клієнта/пацієнта у роботу з його/її запитом; 3) більше врахування індивідуальних особливостей та потреб клієнта/пацієнта фахівцями, за рахунок збільшення варіативності організації сетингу.

2. Застосування перегляду 360° відео у VR-окулярах дозволило визначити статистично значущі зміни у вимірюваних психологічних ефектах до та після експериментального впливу. Разова інтервенція за посередництва імерсивних технологій сприяла змінам у вимірюваних психологічних ефектах асоційованих з суїцидальністю показників і потенційно може бути використана як засіб превенції суїцидальної поведінки.

Експериментальний вплив, здійснений за допомогою перегляду 360° відео у VR-окулярах, викликав покращення у показниках позитивного афекту та компонентів суб'єктивного благополуччя, таких як інтегральний показник, психологічне і фізичне благополуччя. Він також спричинив зниження показника безнадії як у контрольній, так і експериментальній групах. Більша вираженість вищезазначених показників, спостерігаються на рівні тенденції і при порівнянні груп, учасники яких не проходили опитувальники до експериментального впливу.

3. Кореляційний аналіз визначених для дослідження параметрів дозволив встановити низку зв'язків, що уможливлюють повніше розуміння отриманих результатів. Зі збільшенням тривоги спостерігається збільшення рівня депресії. Показники депресії прямо пропорційно узгоджуються із показниками безнадії. Рівень безнадії прямо пропорційний показникам негативного афекту та обернено пропорційний показникам позитивного афекту. Повторне переживання та почуття загрози тут і тепер як фактори, які вказують на переживання

травми, пов'язані із вираженим рівнем тривожності. Тривожність обернено пропорційна до показників благополуччя. Вищий рівень показників благополуччя прямо пропорційно пов'язаний із позитивним афектом та обернено пропорційно – з показниками негативного афекту.

4. Предикторами депресії є негативний афект, безнадія та благополуччя у стосунках. Встановлено, що їх рівень зазнає змін внаслідок перегляду 360° відео у VR-окулярах. Зокрема, VR-інтервенція здійснює пом'якшуючий вплив на негативний афект. Параметр безнадії ж дещо посилює вияви депресії, що може свідчити про його більшу стійкість до VR-втручання та специфіку процедури самого експериментального дослідження, яке актуалізувало переживання учасників. Рівень благополуччя у стосунках після VR-інтервенції залишився незначним прогностичним фактором: його ефект після втручання знизився. Таким чином, зміна прогностичної потужності моделі після втручання може вказувати на потенціал VR-інтервенцій щодо зміни симптомів депресії.

5. VR-інтервенції можуть бути корисними в контексті штучного моделювання реальності, яка сприймається як реальна реальність, і, відповідно, дозволяє пережити важливий досвід, насамперед, пов'язаний з афективним компонентом переживань, причому такий досвід сприяє загальному покращенню стану особистості. Важливо зазначити, що виявлений ефект спостерігається і за короткотермінових інтервенцій. Встановлені закономірності можуть сприяти як превенції суїцидальності, так і роботі з депресивними проявами.

В подальшому комплексне вивчення отриманих результатів може бути доповнене дослідженнями довготривалого ефекту VR-інтервенцій, серій та/чи комплексу таких інтервенцій, специфіки контексту відео, представленого у віртуальному просторі, та альтернативних форм превенції і їх впливу на вимірювані показники.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Вашека, Т. В. (2023). Роль особистісних факторів та психічних станів у виникненні суїцидальних намірів молоді. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 13(31), 477–487.
- Галайчук, В., Солоп, Б. (2019). Традиційні уявлення про самогубств на теренах історико-етнографічної воліні. *Вісник Львівського університету. Серія історична. Спецвипуск*, 927–951.
- Державна служба статистики України. (2022, 14 червня). *Кількість померлих за окремими причинами смерті. Архів за 2021 рік*. https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2021/ds/krops/arh_krops2021_u.html
- Державна служба статистики України. (2022, 21 березня). *Кількість померлих за окремими причинами смерті. Архів за 2022 рік*. https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2022/ds/krops/arh_krops2022_u.html
- Древіцька, О. О., Буцька, Л. В., Сиропятов, О. Г., Калантай, І. М., Горшков, О. О., & Самойленко, А. М. (2022). Аналіз даних про завершені суїциди у військовослужбовців і рекомендації щодо їх профілактики. *Терапевтика*, 3(1), 48–53.
- Задорожний, Н. М. (2022). Філософський та теологічний підходи до розуміння та аналізу самогубства: історія та сучасний стан. *Право і суспільство*, (5), 210–217.
- Калашнік, О. В. (2010). Міф як синкретична форма віртуальної реальності. *Гуманітарний вісник ЗДІА*, 41, 141–151.
- Карамушка, Л. М., Терещенко, К. В., & Креденцер, О. В. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health

- Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія Економічна психологія*, 3-4(27), 85–94.
- Кліманська, М. Б., & Галецька, І. І. (2020). Психометрична характеристика опитувальника позитивного і негативного афекту (ОПАНА), розробленого на основі методики PANAS. *Психологічний часопис*, 6(4), 119–132.
- Корнієнкова, К. (2019). Кримінальна відповідальність за доведення до самогубства. *Підприємництво, господарство і право, Кримінальне право*, (5), 240–243. <https://doi.org/10.32849/2663-5313/2019.5.44>
- Кримінальний кодекс України, Кодекс України № 2341-III (2023) (Україна). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
- Кубрак, О. В. (2016). Самогубство в історії, філософії та релігіях світу. *Світогляд-Філософія-Релігія: збірник наукових праць*, (11), 119–130.
- Кубрак, О. В. (2020). Суїцид як юридична і моральна проблема в історії. *Young Scientist*, 6(82), 187–191.
- Луценко, А. П., Хайрулліна, Д. І. (2021). Перспективи декриміналізації та подальшої легалізації евтаназії в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право* (64), 55–60. <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2021.64.10>
- Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення. (б. д.). *Регулятор провів нараду з мовниками щодо правил висвітлення випадків самогубств*. <https://www.nrada.gov.ua/regulator-proviv-naradu-z-movnykamy-shhodo-pravyl-vysvitlennya-vypadkiv-samogubstv/>
- Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення. (б. д.). *Спільний акт узгодження № 2 Висвітлення засобами масової інформації теми суїциду*. <https://www.nrada.gov.ua/spilnyj-akt->

uzgodzhennya-2-vysvitlennya-zasobamy-masovoyi-informatsiyi-temy-suyitsydu/

- Нестелєєв, М. А. (2010). Суїцидальні кола урбаністичного пекла (персонаж-самогубець в українській міській прозі 20–30-х років ХХ ст.). *Актуальні проблеми слов'янської філології. Серія: Лінгвістика і літературознавство*, 239–247.
- Опендатабот. (2021, 10 вересня). *З 2005-го року кількість самогубств в Україні знизилася вдвічі*. <https://opendatabot.ua/analytics/suicide-statistics>
- Орловський, Б. М., Фокін, А. С. (2020). Кримінологічний підхід до вивчення детермінант виникнення самогубства та суїцидальної поведінки особи. *Право і суспільство*, 3(2), 36–43.
- Рябчич, Я. Є. (2021). Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки юнацтва. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*, (1), 71–85.
- Сахарова, К. О. (2021). Методологія суїцидальної превенції серед учнівської молоді. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, (1), 99–105.
- Сиропятов, О., Дзеружинська, Н., Древіцька, О., Горшков, О., Буцька, Л., Мажбіц, В., & Марущенко, К. (2021). Організаційні та медико-психологічні заходи профілактики суїцидальної поведінки в армії. *Грааль науки*, (2-3), 516–525.
- Шевчук, О. С. (2019а). Висвітлення суїцидального контенту в соціальних мережах та медіа. У Р. Дуйсенбін та ін. (Уклад.), *«Endless Light in Science»: I Міжнародна науково-практична конференція* (с. 67-72). Нур-Султан, Казахстан.
- Шевчук, О. С. (2019b). Вплив використання соціальних мереж на суїцидальну активність. *Науковий вісник ХДУ. Серія: «Психологічні*

науки»: зб. наук. пр. Вип. 3, 159–166. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-3-22>

- Шевчук, О. С. (2019с). Етика застосування штучного інтелекту для виявлення потенційних самогубць в соціальних мережах. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VI Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 90-93). Київ: ВПЦ «Київський університет».
- Шевчук, О. С. (2020а). Антивітальні переживання як чинник суїцидальних ідеацій та суїцидального ризику. У Й. Клоц, & З. Бренда (Ред.), *Вектори розвитку сучасної педагогічної та психологічної науки в Україні та країнах ЄС: колективна монографія, Т.2* (с. 709-726). Riga: Izdevnieciba «Baltija Publishing». <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-37-2.2.19>
- Шевчук, О. С. (2020b). Аспекти реагування на суїцидогенну інформацію у соціальних мережах. *Віртуальний освітній простір: психологічні проблеми: VIII Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція*. <http://www.newlearning.org.ua/content/opublikovano-tezy-viii-mizhnarodnoyi-naukovo-praktychnoyi-internet-konferenciyi-virtualnyy>
- Шевчук, О. С. (2020с). Використання технологій продукування віртуального контенту у наданні послуг психологічного консультування та психотерапії. У І. В. Данилюк, І. В. Ващенко, & Г. К. Юрчинська (Ред.), *Особистість у життєвих ситуаціях: світові тенденції та національні особливості: Всеукраїнська науково-практична конференція (з міжнародною участю)* (с. 120-122). Київ: Видавництво Ліра-К.
- Шевчук, О. С. (2020d). Діагностика суїцидальних ідеацій засобами штучного інтелекту. *Психодіагностика в Україні: сучасність та*

- майбутнє: Всеукраїнська науково-практична конференція* (с. 39-41). Київ: ЦП «КОМПРИНТ».
- Шевчук, О. С. (2020e). Доведення до самогубства засобами штучного інтелекту. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VII Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 158-160). Київ.
- Шевчук, О. С. (2020f). Колізії дотримання принципу конфіденційності за суїцидальних ідеацій у клієнта що отримує послуги консультування в рамках психологічної допомоги. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: XXII Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 263-266). Київ: Видавництво Ліра-К.
- Шевчук, О. С. (2020g). Поведінкові й емоційні патерни в дітей і підлітків із високим рівнем суїцидального ризику. *Проблеми сучасної психології: науковий журнал*, 1(17), 101-107. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2020-1-11>
- Шевчук, О. С. (2020h). Суїцидальні ідеації за кіберсоціалізації особистості. У О. І. Власова, Н. М. Дембицька, & Я. Г. Запека (Ред.), *Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства: VII Міжнародна науково-практична конференція* (с. 134-135). Київ: ФОП Ямчинський О. В.
- Шевчук, О. С. (2021a). Диференційна діагностика суїцидальних ідеацій та парасуїцильних спонукань у диджитальному просторі. *Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє: Всеукраїнська науково-практична конференція* (с. 52-53). Дрогобич: Видавництво «Коло».
- Шевчук, О. С. (2021b). Етичність дослідження диджитальної трансформації феномену самогубства у віртуальній реальності.

Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VIII Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених (с. 74-75). Київ.

Шевчук, О. С. (2021с). Перспективи використання технологій розширеної реальності у ЦОТ. *Регістри стосунків: Толерантність 2.0: Матеріали щорічної конференції секції Центрованої на особистості терапії* (с. 35-39). Київ.

Шевчук, О. С. (2021d). Трансдисциплінарні риси дослідження явища самогубства на початку ХХІ століття. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: ХХІІІ Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 300-302). Київ: Видавництво Ліра-К.

Шевчук, О. С. (2022a). Психологічна діагностика суїцидальних ідеацій внаслідок кризових травматичних подій. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: ХХІV Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 244-248). Київ: Видавництво Ліра-К.

Шевчук, О. С. (2022b). Робота гуманістичного психотерапевта на деокупованих територіях. У К. Г. Малишева (Ред.), *Регістри стосунків: випробування гуманізму: Х щорічна Всеукраїнська конференція секції Центрованої на особистості терапії Української Спілки Психотерапевтів* (с. 31-33). Київ.

Шевчук, О. С. (2022с). Робота з самогубствами в центрованому на особистості підході. *Регістри стосунків: Толерантність 2.0: Щорічна конференція секції Центрованої на особистості терапії* (с. 52-56). Київ.

- Шевчук, О. С. (2023). Урбаністичні та рустикальні контексти у формуванні суїцидальної поведінки. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження. XXV Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 278-281). Київ: Видавництво Ліра-К.
- Шевчук, О. С., & Крупельницька, Л. Ф. (2023а). Використання імерсивних технологій у роботі з суїцидальністю (на прикладі технологій віртуальної реальності). *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*, 1(17), 83–90. [https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1\(17\).12](https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1(17).12)
- Шевчук, О. С., & Крупельницька, Л. Ф. (2023b). Превенція суїцидальної активності засобами інтервенцій за посередництва віртуальної реальності. *Психологічний часопис*, 9(5), 16–24. <https://doi.org/10.31108/1.2023.9.5.2>
- Шкуро, В. В. (2017). *Суїцидальність в Україні: кримінологічна характеристика та протидія: монографія*. Харків: Панов.
- Abbott, H. P. (2002). *The Cambridge Introduction to Narrative*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Adams, K. S. (1985). *Early social influences on suicidal behaviour*. Paper presented at the Conference on Psychobiology of Suicidal Behaviour, New York.
- Akbari, M., Rezaeian, M., Helm, P. J., & Becker, K. (2023). How existential therapy may help people who are suicidal. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 1–15.
- Alloy, L., Just, N., & Panzarella, C. (1997). Attributional style, daily life events, and hopelessness depression: Subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 321–344.

- Amelia Virtual Care's VR Platform. (б. д.). *Virtual reality for suicide prevention*. <https://ameliavirtualcare.com/virtual-reality-suicide-prevention/>
- APA Dictionary of Psychology (2018, 19 квітня). Suicidality. <https://dictionary.apa.org/suicidality>
- Apter, A. (2004). Personality constellations in suicidal behaviour. *Imago-Napoli Then Padova*, 11(1), 5–28.
- ARTE.TV. (n. d.) *The Dreams of Henri Rousseau*. <https://www.arte.tv/digitalproductions/en/the-dreams-of-henri-rousseau/>
- Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgment. In H. Guetzkow (Ed.) *Groups, leadership and men*. Pittsburgh, PA: Carnegie Press.
- Asch, S. S. (1980). Suicide, and the Hidden Executioner. *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 51–60.
- Barthes, R. (1966). Introduction to the Structural Analysis of Narratives. In S. Heath (trans.), *Image Music Text* (pp. 79-124). New York: Noonday Press.
- Bashynskiy, O. O., Pyliagina, G. Y., Fradelo, E. C. (2022). Self-destructive behavior in patients with schizophrenia spectrum disorders. Features of pathogenesis and pathodynamics. *Wiadomości Lekarskie, VOLUME LXXV*, 8(1), 1832–1838. <https://doi.org/10.36740/WLek202208103>
- Baudrillard, J. (1988). In M. Poster (Ed.), *Selected writings* (p.166-184). Stanford: Stanford University Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

- Beck, A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Science*, 487, 90–96.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190–195.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 23, 139–145.
- Beck, A. T., Weissman, A., & Kovacs, M. (1976). Alcoholism, hopelessness, and suicidal behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 66–77.
- Bell, D. (2001). Who is killing what or whom? Some notes on the internal phenomenology of suicide. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 15(1), 21–37.
- Bjureberg, J., Dahlin, M., Carlborg, A., Edberg, H., Haglund, A., & Runeson, B. (2021). Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screen Version: initial screening for suicide risk in a psychiatric emergency department. *Psychological medicine*, 52(16), 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000751>
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210.
- Bray, I., Gunnell, D. (2006). Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41(5), 333–337.
- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., & Lindner, R. (2019). The

- effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(06), 320–328.
- Brooks, P. (1984). *Reading for the Plot: Design and Intention in Narrative*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bryan, C. J. (2019). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients. *Behavioral Sciences & the Law*, 37(3), 247–258.
- Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J. A., Oakey, D. N., Rozek, D. C., & Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, 57, 100758
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, 212, 64–72.
- Buckley, S. (2016, January 28). *I watched someone commit suicide in VR and it freaked me out*. Engadget. <https://www.engadget.com/2016-01-28-i-watched-someone-commit-suicide-in-vr-and-it-freaked-me-out.html>
- Burlachuk, L., & Shevchuk, O. (2021). Specifications of a transdisciplinary study of the suicide phenomenon in virtual reality. *Public health – social, educational and psychological dimension* (pp. 9-10). Lublin, Poland.
- Burlaka, V., Hong, J. S., Serdiuk, O., Krupelnyska, L., Paschenko, S., Darvishov, N., & Churakova, I. (2021). Suicidal Behaviors Among Ukrainian College Students: the Role of Substance Use, Religion, and Depression. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2392–2406.

- Casant, J., & Helbich, M. (2022). Inequalities of Suicide Mortality across Urban and Rural Areas: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2669.
- Chang, E., Kim, H. T., & Yoo, B. (2020). Virtual reality sickness: A review of causes and measurements. *International Journal of Human–Computer Interaction*, 36(17), 1658–1682.
- Chang-won, L. (2020, February 7). *Sorrow-stricken mother reunites with deceased daughter in virtual world*. <https://www.ajudaily.com/view/20200207175148638>
- Chung, T. H., Hanley, K., Le, Y. C., Merchant, A., Nascimento, F., De Figueiredo, J. M., Wilcox, H. C., Coryell, W. H., Soares, J. C., & Selvaraj, S. (2023). A validation study of PHQ-9 suicide item with the Columbia Suicide Severity Rating Scale in outpatients with mood disorders at National Network of Depression Centers. *Journal of affective disorders*, 320, 590–594.
- Cobley, P. (2001). *Narrative*. London: Routledge.
- Dawkins, R. (1976). *The selfish gene*. Oxford University Press.
- Deflem, M. (1989). From anomie to anomia and anomic depression: A sociological critique on the use of anomie in psychiatric research. *Social Science & Medicine*, 29(5), 627–634.
- Deleuze, G., & Krauss, R. (1983). Plato and the simulacrum. *October*, 27, 45. <https://doi.org/10.2307/778495>
- Di Benedetto, S. (2010). *The Provocation of the Senses in Contemporary Theatre*. London: Routledge.
- Dixon, S. (2007). *Digital Performance: A History of New Media in Theatre, Dance, Performance Art and Installation*. Cambridge: MIT Press.
- Donker, T., Cornelisz, I., van Klaveren, C., van Straten, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., & van Gelder, J.-L. (2019). Effectiveness of Self-guided

- App-Based Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Acrophobia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 682–690.
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2020). Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PLOS ONE*, 15(5), e0232940.
- Ducher, J. L., & Llorca, P. M. (2022). Évaluation du risque suicidaire. Échelles non validées: éthique et risques [Suicide risk assessment. Unvalidated scales: Ethics and risks]. *L'Encephale*, 48(1), 1–2.
- Dyer, J., & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression, and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144, 127–133.
- Ellis, T. E. (2006). Epilogue: What have we learned about cognition and suicide and what more do we need to know? In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 369–380). Washington, DC: American Psychological Association.
- Esslin, M. (1999) *Antonin Artaud: The Man and his Work*. London:Calder Publications.
- European Commission. (2020, December 3). *Europe's Media in the Digital Decade: An Action Plan to Support Recovery and Transformation*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0784&rid=8>
- Franklin, J. C., Huang, X., & Bastidas, D. (2019). Virtual reality suicide: Development of a translational approach for studying suicide causes. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103360.
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47(14), 2393–2400. <https://doi.org/10.1017/s003329171700040x>

- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (2005). *Unconscious*. Penguin Books, Limited.
- Grau, O. (2003). *Virtual Art: From Illusion to Immersion*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210–224.
- Griffiths, A. (2008). *Shivers Down Your Spine: Cinema, Museums and the Immersive View*. New York: Columbia University Press.
- Grotowski, J. (2012). *Towards a poor theatre*. Routledge.
- Haack, S. (1993). *Evidence and inquiry. Towards reconstruction in epistemology*. Oxford & Cambridge.
- Habak, S., Bennett, J., Davies, A., Davies, M., Christensen, H., & Boydell, K. M. (2020). Edge of the present: A virtual reality tool to cultivate future thinking, positive mood and wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 140.
- Han, D.-I. D., Melissen, F., & Haggis-Burridge, M. (2023). Immersive experience framework: A Delphi approach. *Behaviour & Information Technology*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/0144929x.2023.2183054>
- Harrington, A. (2013). *Hermeneutic dialogue and social science: A critique of gadamer and habermas*. Routledge.
- Hawton, K., Hill, N. T. M., Gould, M., John, A., Lascelles, K., & Robinson, J. (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(1), 58–67.
- Herman, D. (2009). *Basic Elements of Narrative*. London: Wiley-Blackwell.

- Hermann, M., Pentek, T., & Otto, B. (2016). Design Principles for Industrie 4.0 Scenarios. *Y 2016 49th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS)* (pp. 3928-3937). IEEE.
- Hirsch J. K., Duberstein P. R., Unutzer J. (2009). Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: Mitigating role of happiness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7), 671–679.
- Holmes, J. (2010). *Exploring in security: Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy*. New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hundorova, T. (2019). *The Post-Chornobyl Library: Ukrainian Postmodernism of the 1990s*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1zjg91z>
- ICD-10 Version:2019 (б. д.). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- Ingram, R. E., & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). San Diego, CA: Academic Press.
- Isaacson, W. (2014). *Innovators: How a group of hackers, geniuses, and geeks created the digital revolution*. Simon & Schuster, Limited.
- IT-Enterprise. (б. д.). *Mixed Reality, MR*. <https://www.it.ua/knowledge-base/technology-innovation/dopolnennaja-virtualnaja-i-prochie-realnosti>
- Jenkins, G. R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J. & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide. *British Medical Journal*, 325(7373). <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1155>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Jung, C. G. (2019). *Psychology of the unconscious: A study of the transformations and symbolisms of the libido*. Taylor & Francis Group.
- Kandalaf, M. R., Didehbani, N., Krawczyk, D. C., Allen, T. T., & Chapman, S. B. (2013). Virtual Reality Social Cognition Training for Young Adults with High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(1), 34–44.
- Kim, S., Lee, H. K., & Lee, K. (2021). Which PHQ-9 Items Can Effectively Screen for Suicide? Machine Learning Approaches. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3339.
- Kind, J. (1999). *Suicidal behaviour*. London: Jessica Kingsley.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In *Love, guilt and reparation*. London: Hogarth Press.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury* (Vol. 22). Hogrefe Publishing GmbH.
- Krishnamoorthy, S., Mathieu, S., Armstrong, G., Ross, V., Francis, J., Reifels, L., & Kõlves, K. (2023). Utilisation and application of implementation science in complex suicide prevention interventions: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*.
- Kuo, R. (2010, April 6). *Loss of Death: Suicide in Videogames*. Gamespy. <http://www.gamespy.com/articles/108/1081824p1.html>
- Kurapov, A., Danyliuk, I., Loboda, A., Kalaitzaki, A., Kowatsch, T., Klimash, T., & Predko, V. (2023). Six months into the war: A first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1190465>
- Kurapov, A., Kalaitzaki, A., Keller, V., Danyliuk, I., & Kowatsch, T. (2023). The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6

- months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134780>
- Lanier, J. (2010). *You are not a gadget: A manifesto*. Thorndike Press.
- Leenaars, A. (1988). *Suicide Notes*. New York: Human Sciences Press.
- Lester, D. (1989). *Suicide from a sociological perspective*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lester, D. (2002). National ratings of happiness, suicide, and homicide. *Psychological Reports*, 91(3), 758–758.
- Lewis, S. P., & Hasking, P. A. (2021). Understanding Self-Injury: A Person-Centered Approach. *Psychiatric Services*, 72(6), 721–723.
- Litman, R. E. (1996). Sigmund Freud on suicide. In J. T. Maltzberger & M. J. Goldblatt (Ed.), *Essential papers on suicide*. (pp. 200-220). New York, NY US: New York University Press.
- Litman, R. E., & Swearingen, C. (1996). Bondage and suicide. In J. T. Maltzberger, & M. J. Goldblatt (Ed.), *Essential papers on suicide* (pp. 243-258). New York, NY US: New York University Press.
- Lundin, R. M., Yeap, Y., & Menkes, D. B. (2023). Adverse effects of virtual and augmented reality interventions in psychiatry: Systematic review. *JMIR Mental Health*, 10, Article e43240.
- Machon, J. (2013). *Immersive Theatres: Intimacy and Immediacy in Contemporary Performance*. London: Palgrave Macmillan.
- Machon, J. (2016). Watching, attending, sense-making: Spectatorship in immersive theatres. *Journal of Contemporary Drama in English*, 4(1).
- Maltzberger, J. T., & Buie, D. H. (1980). The devices of suicide—revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 61–72.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819–828.

- Marshall, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augelli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and Depression Disparities Between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 115–123.
- McGinty, G., Fox, R., & Hyland, P. (2023). Assessing prevalence, validity, and correlates of ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in Ireland. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.
- McGonigal, J. (2011). *Reality is Broken: Why Games Make Us Better and How They Can Change the World*. London: Vintage.
- McKee, R. (1999). *Story: Substance, Structure, Style, and the Principles of Screenwriting*. London: Methuen.
- Mearns, D. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. SAGE.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & Co.
- Mihaly, C. (1992). *Flow: The psychology of happiness*. Rider.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry, 130*, 455–459.
- Murray, J. H. (2012). *Inventing the Medium: Principles of Interaction Design as a Cultural Practice*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., & Platt, S. (2014). The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(5), 569–581.
- Nielssen, O., Wallace, D., & Large, M. (2017). Pokorny's complaint: The insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment. *BJPsych Bulletin, 41*(1), 18–20.

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85.
- O'Connor, R., Sheeby, N., & O'Connor, D. (1999). A thematic analysis of suicide notes. *Crisis*, 20, 106–114.
- O'Reilly, D., & Rosato, M. (2015). Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 466–470.
- Ogden, T. H. (1984). Instinct, phantasy, and psychological deep structure: A reinterpretation of aspects of the work of Melanie Klein. *Contemporary Psychoanalysis*, 20(4), 500–525.
- Orri, M., Vergunst, F., Turecki, G., Galera, C., Latimer, E., Bouchard, S., Domond, P., Vitaro, F., Algan, Y., Tremblay, R. E., Geoffroy, M.-C., & Côté, S. M. (2021). Long-term economic and social outcomes of youth suicide attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 1–7.
- Phillips, D. P. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340. <https://doi.org/10.2307/2094294>

- Pirkis, J., Dare, A., Blood, R. W., Rankin, B., Williamson, M., Burgess, P., & Jolley, D. (2009). Changes in Media Reporting of Suicide in Australia Between 2000/01 and 2006/07. *Crisis*, 30(1), 25–33.
- Podlogar, M. C., Rogers, M. L., Stanley, I. H., Hom, M. A., Chiurliza, B., & Joiner, T. E. (2018). Anxiety, depression, and the suicidal spectrum: a latent class analysis of overlapping and distinctive features. *Cognition & emotion*, 32(7), 1464–1477.
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of general psychiatry*, 40(3), 249–257.
- Pokorny, A. D. (1993). Suicide Prediction Revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 1–10.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Punpeng, G., & Yodnane, P. (2023). The route to immersion: A conceptual framework for cross-disciplinary immersive theatre and experiences. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10(1).
- PwS. (2019). *Seeing is believing. How virtual reality and augmented reality are transforming business and the economy*. <https://www.pwccn.com/en/tmt/economic-impact-of-vr-ar.pdf>
- Radbourne, J., Johanson, K., & Glow, H. (2014). The Value of Being There: How the Live Experience Measures Quality for the Audience. In K. Burland, & S. Pitts (Ed.), *Coughing and Clapping: Investigating Audience Experience* (pp. 55-68). Surrey: Ashgate.

- Raskin, N. J., & Rogers, C. R. (2005). Person-centered therapy. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 130-165). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Rathus, J. H., Miller, A. L., & Linehan, M. M. (2017). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. The Guilford Press.
- Reger, G. M., Holloway, K. M., Candy, C., Rothbaum, B. O., Difede, J., Rizzo, A. A., & Gahm, G. A. (2011). Effectiveness of virtual reality exposure therapy for active duty soldiers in a military mental health clinic. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 93–96.
- Riabchych, Y., & Kapkan, M. (2021). The social and psychological factors of youth's suicidal behaviour. *Psychological Journal*, 7(1), 9–19.
- Ricoeur, P. (1970). Narrative Time. In M. McQuillan (Ed.), *The Narrative Reader* (pp. 255-261). New York: Routledge.
- Rizzo, A. A., Schultheis, M. T., Kerns, K. A., & Mateer, C. A. (2004). Analysis of assets for virtual reality applications in neuropsychology. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(1-2), 207–239.
- Rubio, A., Oyanedel, J. C., Bilbao, M., Mendiburo-Seguel, A., López, V., & Páez, D. (2020). Suicidal Ideation Mediates the Relationship Between Affect and Suicide Attempt in Adolescents. *Frontiers in psychology*, 11, 524848. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.524848>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355-368). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ryan, M.-L. (2011). Toward a Definition of Narrative. In D. Herman (Ed.), *The Cambridge Companion to Narrative*, (pp. 22-35). Cambridge: Cambridge University Press.
- Salen, K., & Zimmerman, E. (2004). *Rules of Play: Game Design Fundamentals*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Satinsky, E. N., Kimura, T., Kiang, M. V., Abebe, R., Cunningham, S., Lee, H., Lin, X., Liu, C. H., Rudan, I., Sen, S., Tomlinson, M., Yaver, M., & Tsai, A. C. (2021). Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among ph.d. students. *Scientific Reports*, 11(1).
- Sauter, W. (2000). *The Theatrical Event: Dynamics of Performance and Perception*. Iowa City: University of Iowa.
- Savage, N. (2010, October 22). *Renaissance man: Berkeley resident is a musician, a Web guru and the father of virtual reality*. The Jewish News of Northern California. <https://jweekly.com/2010/10/22/renaissance-man-berkeley-resident-is-a-musician-a-web-guru-and-the-father-o/>
- Schechter, M., Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., & Herbstman, B. (2022). The Psychoanalytic Study of Suicide, Part I: An Integration of Contemporary Theory and Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 70(1), 103–137.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707–712.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. Wiley.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part I: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 248–263.
- Smith, M. W. (2007). *The Total Work of Art: From Bayreuth to Cyberspace*. New York: Routledge.
- Soares, M. J., Bos, S., Pereira, A. T., Marques M., Maia B., Macedo A. (2016). Clinical morbidity at pregnancy: The role of previous suicidal attempts and repetition. *European Psychiatry*, 33, S605–S605.

- Soch, J. (2023) *Possible World Semantics without Modal Logic*. <https://philarchive.org/rec/SOCPWS>
- Stanford Medicine. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. (б. д.). *Virtual Reality and Immersive Technology (VR-IT) Clinic*. https://med.stanford.edu/psychiatry/patient_care/vrit.html
- Stekel, W. (1910). *On suicide: With particular reference to suicide among young students* (pp. 33-141). New York: International Universities Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Swanson, J. W. (2008). Preventing the unpredicted: managing violence risk in mental health care. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(2), 191–193. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.2.191>
- Syndergaard, S., Borger, J., Klenzak, S., Grello, A., & Adams, A. (2023). Implementation of Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) as a Universal Suicide Risk Screening tool in a High Volume Emergency Department. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 27(2), 769–779.
- Szmukler, G., & Rose, N. (2013). Risk assessment in mental health care: values and costs. *Behavioral sciences & the law*, 31(1), 125–140.
- Takov, V., & Tadi, P. (2023). Motion Sickness. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Voracek, M. (2009). National intelligence, suicide rate, and subjective well-being. *Perceptual & Motor Skills*, 109(3), 718–720.
- VR Voice. (2018, July 31). *Dr. Walter Greenleaf (Stanford) – Keynote Address: "Virtual Reality and Healthcare: The Past, The Present, and The Future" – Virtual Reality and Healthcare Symposium '17 – George Washington University*. <https://vrvoice.co/keynote-address-virtual-reality-healthcare-past-present-future-dr-walter-greenleaf-stanford-university/>

- Wittouck, C., Van Autreve, S., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2014). A CBT-Based Psychoeducational Intervention for Suicide Survivors. *Crisis*, 35(3), 193–201.
- World Health Organization. (2021, June 17). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (б. д.). *Global Health Observatory data repository. Mental Health. Suicide rate estimates, age-standardized Estimates by country*. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
- Wu, H., Lu, L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Du, L., Fu, X.-L., Zhu, B., & Chen, H.-L. (2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 317, 142–148.
- Wu, J., Värnik, A., Tooding, L. M., Värnik, P., Kasearu, K. (2014). Suicide among older people in relation to their subjective and objective well-being in different European regions. *European Journal of Ageing*, 11(2), 131–140.
- Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Ahmedani, B., Rossom, R., Coleman, K., Boggs, J. M., & Simon, G. E. (2021). Suicide Behavior Following PHQ-9 Screening Among Individuals With Substance Use Disorders. *Journal of addiction medicine*, 15(1), 55–60.
- Young, M. A., Fogg, L. F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H., & Maser, J. (1996). Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 155–165.
- Zuckerberg, M. (2017, November 27). *Here's a good use of AI: helping prevent suicide*. *Facebook*. [Post]
<https://www.facebook.com/zuck/posts/10104242660091961>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Публікації та апробації матеріалів здобувача за темою дисертаційного дослідження

Список публікацій здобувача за темою дисертаційного дослідження:

1. Шевчук, О. С. (2019а). Висвітлення суїцидального контенту в соціальних мережах та медіа. У Р. Дуйсенбін та ін. (Уклад.), *«Endless Light in Science»: I Міжнародна науково-практична конференція* (с. 67-72). Нур-Султан, Казахстан.
2. Шевчук, О. С. (2019b). Вплив використання соціальних мереж на суїцидальну активність. *Науковий вісник ХДУ. Серія: «Психологічні науки»: зб. наук. пр. Вип. 3*, 159–166. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-3-22>
3. Шевчук, О. С. (2019с). Етика застосування штучного інтелекту для виявлення потенційних самогубць в соціальних мережах. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VI Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 90-93). Київ: ВПЦ «Київський університет».
4. Шевчук, О. С. (2020а). Антивітальні переживання як чинник суїцидальних ідецій та суїцидального ризику. У Й. Клоц, & З. Бренда (Ред.), *Вектори розвитку сучасної педагогічної та психологічної науки в Україні та країнах ЄС: колективна монографія, Т.2* (с. 709-726). Riga: Izdevniecība «Baltija Publishing». <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-37-2.2.19>
5. Шевчук, О. С. (2020b). Аспекти реагування на суїцидогенну інформацію у соціальних мережах. *Віртуальний освітній простір:*

ДОДАТОК А (продовження)

психологічні проблеми: VIII Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція. <http://www.newlearning.org.ua/content/opublikovano-tezy-viii-mizhnarodnoyi-naukovo-praktychnoyi-internet-konferenciyi-virtualnyy>

6. Шевчук, О. С. (2020с). Використання технологій продукування віртуального контенту у наданні послуг психологічного консультування та психотерапії. У І. В. Данилюк, І. В. Ващенко, & Г. К. Юрчинська (Ред.), *Особистість у життєвих ситуаціях: світові тенденції та національні особливості: Всеукраїнська науково-практична конференція (з міжнародною участю)* (с. 120-122). Київ: Видавництво Ліра-К.

7. Шевчук, О. С. (2020d). Діагностика суїцидальних ідеацій засобами штучного інтелекту. *Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє: Всеукраїнська науково-практична конференція* (с. 39-41). Київ: ЦП «КОМПРИНТ».

8. Шевчук, О. С. (2020е). Доведення до самогубства засобами штучного інтелекту. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VII Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 158-160). Київ.

9. Шевчук, О. С. (2020f). Колізії дотримання принципу конфіденційності за суїцидальних ідеацій у клієнта що отримує послуги консультування в рамках психологічної допомоги. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: XXII Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 263-266). Київ: Видавництво Ліра-К.

10. Шевчук, О. С. (2020g). Поведінкові й емоційні патерни в дітей і підлітків із високим рівнем суїцидального ризику. *Проблеми сучасної психології: науковий журнал*, 1(17), 101–107. <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2020-1-11>

ДОДАТОК А (продовження)

11. Шевчук, О. С. (2020h). Суїцидальні ідеації за кіберсоціалізації особистості. У О. І. Власова, Н. М. Дембицька, & Я. Г. Запека (Ред.), *Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства: VII Міжнародна науково-практична конференція* (с. 134-135). Київ: ФОП Ямчинський О. В.

12. Шевчук, О. С. (2021a). Диференційна діагностика суїцидальних ідеацій та парасуїцильних спонукань у диджитальному просторі. *Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє: Всеукраїнська науково-практична конференція* (с. 52-53). Дрогобич: Видавництво «Коло».

13. Шевчук, О. С. (2021b). Етичність дослідження диджитальної трансформації феномену самогубства у віртуальній реальності. *Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень: VIII Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, аспірантів та молодих вчених* (с. 74-75). Київ.

14. Шевчук, О. С. (2021c). Перспективи використання технологій розширеної реальності у ЦОТ. *Регістри стосунків: Толерантність 2.0: Матеріали щорічної конференції секції Центрованої на особистості терапії* (с. 35-39). Київ.

15. Шевчук, О. С. (2021d). Трансдисциплінарні риси дослідження явища самогубства на початку XXI століття. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження: XXIII Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 300-302). Київ: Видавництво Ліра-К.

16. Шевчук, О. С. (2022a). Психологічна діагностика суїцидальних ідеацій внаслідок кризових травматичних подій. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці:*

ДОДАТОК А (продовження)

результати та перспективи дослідження: XXIV Міжнародна конференція молодих науковців (с. 244-248). Київ: Видавництво Ліра-К.

17. Шевчук, О. С. (2022b). Робота гуманістичного психотерапевта на деокупованих територіях. У К. Г. Малишева (Ред.), *Регістри стосунків: випробування гуманізму: X щорічна Всеукраїнська конференція секції Центрованої на особистості терапії Української Спілки Психотерапевтів* (с. 31-33). Київ.

18. Шевчук, О. С. (2022c). Робота з самогубствами в центрованому на особистості підході. *Регістри стосунків: Толерантність 2.0: Щорічна конференція секції Центрованої на особистості терапії* (с. 52-56). Київ.

19. Шевчук, О. С. (2023). Урбаністичні та рустикальні контексти у формуванні суїцидальної поведінки. У І. В. Данилюк, & С. Ю. Пащенко (Ред.), *Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження. XXV Міжнародна конференція молодих науковців* (с. 278-281). Київ: Видавництво Ліра-К.

20. Шевчук, О. С., & Крупельницька, Л. Ф. (2023a). Використання імерсивних технологій у роботі з суїцидальністю (на прикладі технологій віртуальної реальності). *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*, 1(17), 83–90. [https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1\(17\).12](https://doi.org/10.17721/BPSY.2023.1(17).12)

21. Шевчук, О. С., & Крупельницька, Л. Ф. (2023b). Превенція суїцидальної активності засобами інтервенцій за посередництва віртуальної реальності. *Психологічний часопис*, 9(5), 16–24. <https://doi.org/10.31108/1.2023.9.5.2>

22. Burlachuk, L., & Shevchuk, O. (2021). Specifications of a transdisciplinary study of the suicide phenomenon in virtual reality. *Public health – social, educational and psychological dimension* (pp. 9-10). Lublin, Poland.

ДОДАТОК А (продовження)

Відомості про апробацію результатів дисертації. Основні теоретичні аспекти та напрацювання щодо розгляду результатів емпіричного дослідження доповідалися на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень» (м. Київ, 13-14 листопада 2019 р.), на VII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Одеса, 7-8 грудня 2019 р.), на I Міжнародній науково-практичній конференції «Endless Light in Science» (м. Нур-Султан, Казахстан, 11-13 грудня 2019 р.), на II міжнародній науково-практичній конференції «Міжнародні консультації: співпраця заради реформ у системі охорони психічного здоров'я» (м. Київ, 6-7 лютого 2020 р.), на XXII Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 23 квітня 2020 р.), на VIII Міжнародній науково-практичній Інтернет-конференції «Віртуальний освітній простір: психологічні проблеми» (м. Київ, 15 травня-15 червня 2020 р.), на Всеукраїнській науково-практичній конференції (з міжнародною участю) «Особистість у життєвих ситуаціях: світові тенденції та національні особливості» (м. Київ, 22 травня 2020 р.), на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє» (м. Київ, 9-10 жовтня 2020 р.), на VII Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень» (м. Київ, 12-13 листопада 2020 р.), на VII Міжнародній науково-практичній конференції «Соціалізація і ресоціалізація особистості в умовах сучасного суспільства» (м. Київ, 12-13 листопада 2020 р.), на VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Дніпро, 5-6 грудня 2020 р.), на XXIII Міжнародній конференції молодих

ДОДАТОК А (продовження)

науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 22-23 квітня 2021 р.), на VII Міжнародній науково-практичній конференції «Охорона здоров'я – соціальні, освітні та психологічні виміри» (м. Люблін, Польща, 17 липня 2021 р.), на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє» (м. Київ, 21-22 жовтня 2021 р.), на VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень» (18-19 листопада 2021 р.), на IX Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Київ, 4-5 грудня 2021 р.), на XXIV Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 21-22 квітня 2022 р.), на X Всеукраїнській науково-практичній конференції «Регістри стосунків» (м. Київ, 10-11 грудня 2022 р.), на XXV Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження» (м. Київ, 20-21 квітня 2023 р.).

ДОДАТОК Б

Висновок комітету з етики наукових досліджень



Комітет з етики наукових досліджень
факультету психології
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка

03680, м. Київ, просп. Академіка Глушкова, 2а
+38 (044) 521-35-09
e-mail: psy-univ@ukr.net

Регістраційний номер/Registration № 08-22/2

Дата/Date 29.08.2022

Дослідження суїцидальної поведінки осіб, що взаємодіють з віртуальною реальністю /
Study of Suicidal Behavior of Persons Interacting with Virtual Reality

Шановна п. Ольга Шевчук!

Dear Ms Olha Shevchuk!

Комітет з етики наукових досліджень факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка розглянув поданий Вами проєкт і дійшов висновку, що він відповідає етичним і правовим вимогам. **Комітет схвалив проєкт.**

Комітет зазначає, що відповідальність за дотримання етичних норм та зазначених у проєкті процедур покладається на відповідального дослідника.

Комітет просить вас інформувати про будь-які серйозні або несподівані події під час дослідження, які, на Вашу думку, загрожують безпеці його учасників.

Крім того, Комітет припускає, що персональні дані будуть оброблятися відповідно до Закону України про захист персональних даних.

З повагою,

Комітет з етики наукових досліджень факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка

The Research Ethics Committee of the Faculty of Psychology of Taras Shevchenko National University of Kyiv reviewed the project you submitted and concluded that it meets ethical and legal requirements. **The committee approved the project.**

The committee notes that responsibility for compliance with ethical standards and the procedures specified in the project rests with the responsible researcher.

The Committee requests that you be informed of any serious or unexpected events during the course of the study that, in your opinion, threaten the safety of its participants.

In addition, the Committee assumes that personal data will be processed in accordance with the Law of Ukraine on Personal Data Protection.

Sincerely,

Committee on the Ethics of Scientific Research of the Faculty of Psychology of Taras Shevchenko National University of Kyiv

Голова / Head

Відповідальний секретар /
Executive secretary



Тетяна ЯБЛОНСЬКА
Tetiana YABLONSKA

Світлана ПАЩЕНКО
Svitlana PASCHENKO

ДОДАТОК В

Довідки про впровадження результатів дисертаційного дослідження



МОЗ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«КРИВОРІЗЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ З НАДАННЯ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ»
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

вул. Дишинського, 27, м. Кривий Ріг, 50011, тел. (0564) 94-72-10
E-mail: pndkr@ukr.net, код ЄДРПОУ 01986256

03.04.2023 № 2312

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шевчук Ольги Сергіївни на тему: «Психологічні ефекти превенції
суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій»

Результати дисертаційного дослідження Ольги Шевчук «Психологічні ефекти превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій», а саме, використання перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності в якості інтервенції для превенції суїцидальної поведінки, впроваджуються в роботу КП «Криворізька багатoproфільна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» (КП «КБЛПД» ДОР») у роботі з групами ризику, які проявляють ознаки суїцидальної поведінки та при розробці комплексних інтервенцій превентивного характеру, які забезпечуються на базі закладу мультидисциплінарними командами фахівців зі сфери психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

В.о. генерального директора



В'ячеслав СОЛОНСЬКИЙ

ДОДАТОК В (продовження)

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

01033, м. Київ, вул. Володимирська, 64/13
телефон; факс: 380 (44) 521-35-09
e-mail: psy-univ@ukr.net

№ 016/184-01

« 25 » 09 2023 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Шевчук Ольги Сергіївни

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ПРЕВЕНЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
ЗАСОБАМИ ІМЕРСИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

Результати дисертаційного дослідження Шевчук Ольги Сергіївни «Психологічні ефекти превенції суїцидальної поведінки засобами імерсивних технологій» впроваджуються у навчальний процес факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

Зокрема, результати щодо зміни показників позитивного та негативного афектів, безнадії та суб'єктивного благополуччя після перегляду 360° відео в окулярах віртуальної реальності використовуються при розробці робочих програм та викладанні дисциплін «Клінічна психологія», «Експериментальна психологія», «Апаратні методи психологічної реабілітації та корекції», «Міжпрофесійна взаємодія у галузі охорони здоров'я» та «Психологічне консультування та психотерапія для окремих категорій клієнтів».

**З повагою
декан факультету психології
Київського національного університету
імені Тараса Шевченка
член-кореспондент НАПН України,
доктор психологічних наук, професор**



Іван ДАНИЛЮК