

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Психологічні чинники синдрому суїцидальної кризи в українських
чоловіків в умовах війни**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Клінічна психологія
з основами психотерапії»,
денна форма навчання)

Карпюк Анни Вікторівни

Науковий керівник:

доцент кафедри психодіагностики та клінічної психології,
кандидат психологічних наук

Найдьонова Ганна Олександрівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ КРИЗИ ТА ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ	9
1.1. Суїцидальна криза як психологічний феномен.....	9
1.2. Екзистенційна ізоляція, самотність та екзистенційна тривога як чинники суїцидальної проблематики.....	15
1.3. Війна як травмуючий чинник: моральна травма в умовах війни та її зв'язок із суїцидальною кризою й екзистенційними феноменами	30
Висновки до розділу 1	40
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СИНДРОМУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ КРИЗИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	43
2.1. Опис дизайну дослідження	43
2.2. Опис методик дослідження	47
2.3. Характеристика вибірки дослідження	58
Висновки до розділу 2	62
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СИНДРОМУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ КРИЗИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ.....	65
3.1. Описові статистики та порівняльний аналіз	65
3.2. Результати кореляційного аналізу.....	72
3.3. Результати регресійного аналізу.....	78
Висновки до розділу 3	90
ВИСНОВКИ.....	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96
ДОДАТКИ.....	113

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

В умовах тривалого воєнного контексту українське суспільство перебуває під постійним впливом стресогенних чинників. Хронічна травматизація, численні втрати, невизначеність майбутнього та необхідність постійної адаптації до змін створюють значне психологічне навантаження як для цивільного населення, так і для військовослужбовців. На цьому тлі проблема суїциду набуває особливої актуальності, демонструючи тенденцію до зростання. Відомо, що показники суїцидальної смертності мають виражену гендерну асиметрію: серед чоловіків вони традиційно значно вищі (An et al., 2025). Водночас в українських реаліях оцінка фактичних масштабів суїцидальної поведінки ускладнюється браком актуальної статистики, що особливо відчутно в умовах повномасштабної війни та обмеженого доступу до даних.

Емпіричні спостереження та результати наявних досліджень (An et al., 2025) свідчать про істотне погіршення психічного стану населення після початку повномасштабного вторгнення. Зокрема, фіксується значне зростання частки осіб, які повідомляють про суїцидальні думки або стани, близькі до них, а також посилення переживань безпорадності. Дані когортних досліджень (An et al., 2025) демонструють чіткий зв'язок між інтенсивністю воєнного впливу та зростанням рівня психологічного дистресу, що супроводжується підвищенням суїцидальних переживань. Показово, що до початку активної фази бойових дій ці показники залишалися відносно стабільними в регіонах із різним рівнем воєнних ушкоджень, тоді як із розгортанням бойових дій спостерігається різке погіршення психічного благополуччя, насамперед у зонах із високою інтенсивністю бойових подій (An et al., 2025). Це дає підстави говорити про чіткий часовий і контекстуальний зв'язок між воєнними подіями та зростанням психологічного навантаження.

Сучасна суїцидологія розглядає суїцид не як імпульсивний або

раптовий акт, а як результат поступового формування кризового стану, що розгортається на тлі глибоких переживань безвиході, емоційної дезорганізації, втрати сенсу та соціального відчуження (O'Connor & Kirtley, 2018). У зв'язку з цим посилюється інтерес до інтегративних моделей, які трактують суїцидальний ризик як цілісний синдромальний процес, що включає взаємодію когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів (Klonsky et al., 2021).

Однією з відносно нових концепцій у міжнародних дослідженнях є підхід, що описує так званий синдром суїцидальної кризи (Suicide Crisis Syndrome) — специфічний стан, пов'язаний із високою ймовірністю безпосередньої суїцидальної поведінки (Schuck et al., 2019). Цей синдром характеризується комплексом проявів, серед яких провідну роль відіграють відчуття безвиході, афективна дезорганізація та соціальне відчуження. Водночас ця концепція залишається порівняно новою і потребує подальшої емпіричної перевірки, особливо в умовах екстремального стресу, яким є воєнний контекст.

Особливої наукової уваги набуває вивчення психологічних чинників, що можуть лежати в основі формування суїцидально-кризових станів. У сучасних дослідженнях до таких чинників відносять екзистенційні переживання (зокрема відчуття ізоляції та тривоги), моральну травматизацію, а також переживання самотності (Griffin et al., 2025; Motillon-Toudic et al., 2022; Sørberg et al., 2022). Хоча ці феномени розглядаються як взаємопов'язані аспекти психологічної дезадаптації, їхня внутрішня структура, характер взаємодії та механізми впливу на розвиток суїцидальної кризи залишаються недостатньо вивченими. Саме це зумовлює актуальність подальших досліджень у зазначеному напрямі та визначає наукову значущість даної роботи.

Проблема суїцидальної поведінки та суїцидального ризику в умовах воєнного стресу є предметом дослідження низки українських та зарубіжних науковців. Зокрема, питання суїцидальної поведінки, психологічних

чинників ризику та соціальної ізоляції вивчали О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко та інші; вплив воєнних подій на психічне здоров'я населення та поширеність суїцидальних проявів аналізують Б. Михайличенко, А. Біляков та інші; гендерні особливості суїцидальної поведінки в контексті російсько-української війни розглядають Ю. Ларькова та Т. Марценюк.

Теоретичний вимір проблеми, пов'язаний із екзистенційним осмисленням суїцидальності, представлений у працях Т. Ніч. Переживання психічної травматизації, що впливає на особистісну організацію та підвищує ризик формування суїцидальних думок і поведінки, досліджували Л. Бурлачук, С. Максименко, Г. Кондратенко, О. Марченко, І. Синельникова та інші.

Окремий напрям сучасних досліджень пов'язаний із концепцією синдрому суїцидальної кризи (Suicide Crisis Syndrome, SCS), запропонованою І. Галінкером та співавторами (А. Шак, Р. Калаті, С. Барзілай, С. Блок-Елкубі, Дж. Бріджес), у межах якої суїцидальна криза розглядається як специфічний клінічний стан, що передує безпосередній суїцидальній поведінці.

Основу дослідження становлять класичні та сучасні концепції суїцидальної поведінки (Е. Дюркгейм, Е. Шнейдман, Н. Фарбероу, Т. Джойнер), теорії кризових станів особистості (Е. Ліндемманн, К. Ясперс), а також біопсихосоціальні та когнітивні моделі суїцидального ризику (А. Бек, Р. О'Коннор, Е. Девід Клонський, Дж. Манн). Серед українських дослідників у галузі суїцидології слід відзначити Я. О. Гошовського, Р. П. Федоренка, О. Романіва, В. Сулицького, І. Рибалку та інших.

При огляді передумов суїцидальних схильностей використано праці таких авторів, як Я. Мацегора, О. Кокун, К. Ульянов, О. Колесніченко, С. Чижевський, С. Саржевський, А. Романишин, Т. Мацевко, а також зарубіжних дослідників Р. Мак-Кеона, Т. Джойнера, Е. Шнейдмана, Д. Вассермана, Д. Гроссмана, Ч. Гоуга, С. Юнгера та інших.

Незважаючи на наявність досліджень окремих аспектів суїцидальності, в українському науковому просторі спостерігається дефіцит емпіричних

робіт, присвячених комплексному аналізу психологічних чинників суїцидально-кризових станів у чоловіків в умовах війни, а також порівняльному аналізу цивільних і військових груп у цьому контексті.

Таким чином, актуальність даного дослідження зумовлена необхідністю емпіричного вивчення психологічних чинників синдрому суїцидальної кризи в українських чоловіків в умовах воєнного стресу, а також уточнення структури взаємозв'язків між екзистенційними, моральними та емоційними переживаннями у формуванні проявів синдрому суїцидальної кризи.

Мета дослідження: виявити психологічні чинники синдрому суїцидальної кризи в українських чоловіків в умовах війни.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз літератури з проблеми синдрому суїцидальної кризи в умовах війни та його психологічних чинників.
2. Встановити рівень вираженості моральної травми, екзистенційної ізоляції, екзистенційної тривоги, самотності та показників синдрому суїцидальної кризи у військових та цивільних чоловіків.
3. Виявити зв'язки між рівнем синдрому суїцидальної кризи та показниками моральної травми, екзистенційної ізоляції, екзистенційної тривоги, самотності у військових та цивільних чоловіків.
4. Проаналізувати визначені психологічні чинники як потенційні предиктори формування синдрому суїцидальної кризи у військових та цивільних чоловіків в умовах війни.

Об'єкт дослідження: синдром суїцидальної кризи як психологічний феномен.

Предмет дослідження: психологічні чинники синдрому суїцидальної кризи в українських чоловіків в умовах війни.

Методи дослідження:

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів:

1. *Теоретичні*: аналіз, синтез і узагальнення наукових джерел з метою висвітлення сучасного стану досліджуваної проблематики та інтерпретації отриманих результатів.

2. *Емпіричні*: опитувальні, психодіагностичні. У роботі використано такі методики: Шкала моральної травми (Moral Injury Symptoms Scale – Military Version – Short Form (MISS-M-SF)) (в адаптації Засекіної Л. та Козігори М.), Короткий опитувальник суїцидальної кризи – адаптований (KOCA) - The Suicide Crisis Inventory-2 Short Form (SCI-2-SF) (в адаптації Яценка Н.В., Сомової О.О. та Свірін Ю.В.), Шкала екзистенційної ізоляції (Existential Isolation Scale, EIS) розроблена Елізабет С. Пінел, Ансоном Е. Лонгом, Ерін К. Мердок та Пітером Гелмом., опитувальник «Види екзистенційної тривоги» Вінцента ван Брюггена (в адаптації Кучини В.В.), а також методику Д. Рассела та М. Фергюсона «Шкала самотності» (UCLA Loneliness Scale (стандартизація Кулаєвої Т.В.).

3. *Математико-статистичні методи обробки даних*: описові статистики (розрахунок середніх значень, стандартних відхилень), перевірка на нормальність розподілу (за допомогою критерію Шапіро-Вілка), кореляційний аналіз із використанням коефіцієнту кореляції Спірмена, виявлення статистично значущих відмінностей за U-критерієм Манна Уїтні, множинний регресійний аналіз з інтерпретацією коефіцієнтів регресії.

Дослідницька вибірка. У дослідженні взяв участь 191 чоловік, з них 92 цивільні чоловіки та 99 військовослужбовців. Опитування проводилося в онлайн-форматі з використанням сервісу Google Forms.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- встановлено взаємозв'язок між показниками моральної травми, екзистенційної ізоляції, екзистенційної тривоги, самотності та рівнем синдрому суїцидальної кризи в українських чоловіків в умовах війни;
- визначено моральну травму, екзистенційну тривогу та самотність як психологічні предиктори синдрому суїцидальної кризи;

- емпірично підтверджено вплив моральної травми, екзистенційної тривоги та самотності на формування синдрому суїцидальної кризи;

набули подальшого розвитку положення про:

- психологічні механізми формування суїцидальної кризи під впливом моральної травми, екзистенційної тривоги та самотності;
- психологічні чинники формування суїцидальної кризи в українських чоловіків в умовах війни.

Практичне значення роботи полягає у тому, що одержані результати та висновки можуть бути використані психологами й психотерапевтами у роботі з клієнтами-чоловіками, які перебувають у групі ризику скоєння суїциду.

Достовірність і обґрунтованість наукових результатів забезпечено обґрунтованим вибором основних припущень і обмежень, прийнятих за вихідні, при формулюванні мети та завдань роботи; використанням репрезентативної вибірки та сучасного, валідного та надійного емпіричного інструментарію, а також апробованих та прийнятих у сучасній науці методів математико-статистичного аналізу даних, коректним добором використаних показників і критеріїв; поєднанням теоретичного аналізу з проведенням емпіричного дослідження.

Структура та обсяг роботи.

Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 143 найменування, з них – 129 іноземною мовою, та 6 додатків. Дослідження містить 19 таблиць і 6 рисунків. Основний зміст викладено на 92 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 121 сторінку.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ КРИЗИ ТА ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ

1.1. Суїцидальна криза як психологічний феномен

Самогубство є однією з найпоширеніших причин смерті від зовнішніх обставин, за статистикою ВООЗ, 703 000 людей щорічно помирають від самогубства (ВООЗ, 2021). Для України статистика самогубств досягає 7000 на рік (Сисоєва & Осадченко, 2022). При цьому рівень самогубств у світі щорічно зростає (Schuck et al., 2019). Разом з тим, існує достатньо високий шанс вчасного втручання для пацієнтів з високим суїцидальним ризиком, адже більшість самогубців звертаються до медичних працівників незадовго до спроби самогубства (Galynker et al., 2024). Проте більша частина (близько 75%) активно заперечує наявність суїцидальних намірів при зустрічі з медичним працівником (Berman & Silverman, 2020). Це утруднює процес діагностування та надання вчасної допомоги. До того ж більшість наявних рекомендацій щодо визначення суїцидального ризику, заснованих на зовнішніх проявах, як наявність попередніх спроб, вогнепальної зброї, історія психічних захворювань тощо, мають недостатню прогностичну здатність.

Крім того, підхід до визначення суїцидального ризику, заснований на оцінці суїцидальних думок, зазнає суттєвої критики. Так, активні суїцидальні ідеації можуть актуалізуватися безпосередньо перед спробою, особливо у випадках осіб з високою імпульсивністю. Тобто поява суїцидальних думок відбувається поза межами клінічного середовища, відповідно, вони не можуть бути діагностовані. Також, як було зазначено, більшість осіб не повідомляють про наявні суїцидальні думки медичному працівнику, що унеможлиблює відповідний діагностичний процес (Schuck et al., 2019). Відповідно, розуміння особливостей проявів гострої суїцидальності є важливим кроком до превенції суїцидальних спроб.

Ще одним важливим зауваженням до загальноприйнятих систем діагностики суїцидальної поведінки є розуміння, що вона може виникати поза контекстом інших психічних розладів і бути наслідком психосоціальних криз чи соціальної ізоляції (Міністерство охорони здоров'я України, 2026).

Поняття суїцидальної кризи було введено саме з метою розуміння гострого суїцидального ризику, не обов'язково пов'язаного із супутніми психічними розладами. Так, більшість факторів суїцидального ризику описують довгостроковий ризик: попередні спроби, наявність депресії чи суїцидальних ідеацій будуть прогнозувати ризик протягом усього життя. Синдром суїцидальної кризи зосереджується на тих предикторах, які вказують на високу ймовірність ризику в короткостроковій перспективі (Franklin et al., 2017).

Вперше виражений афективний стан, що передує спробі самогубства, був описаний у 2007 році Hendin et al. Вони описали наявність численних інтенсивних афектів, що супроводжують суїцидальних пацієнтів протягом 6-8 тижнів до спроби самогубства. Серед інтенсивних афективних станів основним фактором було визначено інтенсивний відчай. Під відчаєм тут розуміється відчуття нестерпних страждань та потреба у негайному полегшенні. При цьому безнадія щодо майбутнього передує відчаю. Відповідно, відчай було визначено кращим маркером суїцидальності ніж безнадію. Крім безнадії, відчай також виникав внаслідок непереборних переживань інтенсивної люті, тривоги та відчуття покинутості.

Схожі прояви були виокремлені в дослідженні Rudd et al. (2006), де ознаками гострого суїцидального ризику були безнадійність, лютість, відчуття пастки, соціальна замкнутість, ажитованість та тривога. Відповідні прояви за короткий час до самогубства були виявлені і в інших дослідженнях (Fredriksen et al., 2022; Ribeiro et al., 2019).

Описані результати досліджень були концептуалізовані як суїцидальна криза. Перша концептуалізація включала в себе 2 критерії: відчуття відчаю та румінативної повені, а сам синдром суїцидальної кризи було визначено як

негативний афективний стан, що прямо передує суїцидальній спробі, який вважається предиктором неминучого ризику самогубства (Galynker et al., 2017). Наразі, синдром суїцидальної кризи складається з 5 критеріїв (Galynker et al., 2017):

1. Відчуття безвихідності, «Глухий кут» – постійне або повторюване відчуття нагальної потреби втекти або уникнути неприйнятної життєвої ситуації, з якої неможливо втекти, уникнути або витримати.
2. Афективні порушення – порушення емоційної сфери, що проявляється в *інтенсивних сплесках негативних емоційних станів*, включаючи емоційну нестабільність та епізоди надзвичайно інтенсивних або глибоких негативних почуттів; *гострій ангедонії*; *інтенсивному емоційному болі* та *надзвичайній тривозі*.
3. Втрата когнітивного контролю – порушення когнітивної сфери, що проявляється в *румінаціях*; *румінативній повені* (завелика кількість румінативних думок); *ригідності* мислення та *невдалому придушенні думок*.
4. Надмірна збудливість – соматичне перезбудження, що проявляється у ажитації; надмірній пильності, дратівливості та інсомнії
5. Соціальна ізоляція – порушення соціального функціонування, що включає припинення або зменшення кількості соціальних зв'язків; приховування думок та почуттів у спілкуванні з близькими людьми.

При цьому критерій «глухого кута» вважається центральним для синдрому суїцидальної кризи і є обов'язковим для встановлення відповідного діагнозу, адже виступає значним предиктором суїцидальної спроби (Malez et al., 2024). Даний критерій описує гостре відчуття нагальної потреби втекти від нестерпної ситуації, коли втеча сприймається неможливою (Galynker et al., 2017). В такому випадку смерть визначається як єдиний варіант втечі. Важливо зауважити, що цей критерій описує афективний стан, а не

когнітивну інтерпретацію майбутнього як безвихідного. Відчуття «глухого кута» зустрічається і в інших моделях суїцидальності, зокрема у «Крику болю» (Williams & Pollock, 2000) та у «мотиваційно-вольовій теорії» (O'Connor & Kirtley, 2018). Таким чином, виділення відчуття «глухого кута» в різних моделях суїцидальності, а також висока здатність до прогнозування суїцидальної спроби, роблять його ключовим та обов'язковим критерієм для діагностики (Schuck et al., 2019).

Інші 4 критерії можуть визначатися як «супутні стани». При цьому кожен з критеріїв окремо істотно впливає на збільшення суїцидального ризику. Так, наприклад, надзвичайна тривога, яка відноситься до критерію афективних порушень, при інших психічних розладах підвищує ймовірність розвитку суїцидальних ідеацій та подальших спроб самогубства (Goldberg & Fawcett, 2012). Такі самі закономірності прослідковуються і для решти критеріїв (Ballard et al., 2016; Troister et al., 2013). Тож, кожен з 5 доменів синдрому суїцидальної кризи є емпірично підтвердженим та разом утворюють одновимірний конструкт.

Важливо зауважити, що синдром суїцидальної кризи має на меті не стільки виявити ризик, скільки описати гострий психічний стан, пов'язаний із суїцидальною поведінкою, яка може проявитися найближчим часом (Schuck et al., 2019). Тим не менш, в багатьох сучасних дослідженнях щодо синдрому суїцидальної кризи він продемонстрував високу прогностичну цінність щодо суїцидальних спроб протягом 6 місяців після оцінки (Yaseen et al., 2014; Yaseen, Galynker, Briggs, Freed, & Gabbay, 2016; Menon et al., 2025), що підтверджує високий рівень конструктної валідності описаного стану. Крім того, синдром суїцидальної кризи продемонстрував високу внутрішню узгодженість (Galynker et al., 2024) і показує дискримінативну валідність для симптомів тривоги, депресії та психозу (Malez et al., 2024). Іншими словами, дослідження підтверджують, що синдром суїцидальної кризи є автономним психічним станом, який дійсно відображає специфіку пресуїцидальних станів.

Тож, синдром суїцидальної кризи є станом, що передуює суїцидальній спробі, при цьому його прояви не збігаються з проявами інших психічних розладів, а прогностична здатність має вагомий емпіричний доказ.

При цьому з синдрому суїцидальної кризи утворилася ширша модель суїцидальності – наративно-кризова модель. Наративно-кризова модель суїцидальності має на меті описати, що робить окремих осіб чутливими до переживання суїцидальної кризи. Наративно-кризова модель самогубства описує загальний процес формування суїцидального ризику, від хронічних факторів до гострої суїцидальності. Вона включає в себе вразливість на основі рис, суїцидальний наратив та синдром суїцидальної кризи (Goncarencu et al., 2023).

Вразливість на основі рис описує риси особистості, які можуть впливати на формування суїцидальності у особи. До таких рис належить імпульсивність, безнадійність та перфекціонізм (Goncarencu et al., 2023).

Суїцидальний наратив – це підгострий когнітивний стан, який може виникнути у відповідь на стресові життєві події і який описує когнітивні та афективні реакції на стресові події, характерні для особи. Можна сказати, що він описує тенденції особи до формування певних переконань щодо світу, майбутнього та себе. Такі переконання включають в себе нереалістичні життєві цілі; ригідність у цілях, яка унеможливорює переключення на більш реалістичні прагнення; формулювання умов, необхідних для відчуття щастя; уявлення майбутнього як безнадійного, порушення приналежності та відчуття себе тягарем для інших. Так, суїцидальні наративи поділяють на міжособистісні та орієнтовані на цілі. При цьому міжособистісний тип наративів більшою мірою пов'язують з суїцидальним ризиком, ніж орієнтовані на цілі (Cohen et al., 2022). Такі наративи сприяють тому, що особа починає розглядати самогубство як прийнятну альтернативу. Саме на цьому етапі починає розвиватися синдром суїцидальної кризи (Galynker, 2023).

При цьому кожен з компонентів наративно-кризової моделі

суїцидальності по різному впливає на особливості прояву суїцидальної поведінки і, відповідно, потребує різних втручань. Такий підхід робить втручання, спрямовані на зменшення суїцидального ризику, суттєво ефективнішими та чутливішими до стану особи.

Таким чином, вразливість на основі рис збільшує ймовірність формування суїцидального наративу, який, у свою чергу, може переходити в суїцидальну кризу, яка закінчується суїцидальною спробою. Така структура має емпіричне підтвердження, зокрема через підтвердження зв'язку між суїцидальним наративом, синдромом суїцидальної кризи та суїцидальною поведінкою (Cohen et al., 2019). Проте важливим є зауважити, що цей процес може бути нелінійним: суїцидальний наратив може формуватися без визначених рис, або формуватися внаслідок рис, які не враховані у моделі. Так само риси, пов'язані з вразливістю до суїцидальної кризи, можуть формувати суїцидальну кризу без розвитку суїцидальних наративів (Claus & Teismann, 2021).

Для кращого розуміння синдрому суїцидальної кризи доречним є розглянути її в порівнянні зі схожими моделями, зокрема із поширеною суміжною до нього моделлю гострого суїцидального афективного порушення, яке також є поширеною моделлю, що описує пресуїцидальний стан. Гостре суїцидальне афективне порушення також описує стан, який пов'язаний з надмірним збудженням, соціальною ізоляцією, когнітивною ригідністю та відчуттям безнадії. При цьому основною відмінністю моделі гострого суїцидального афективного порушення є визначення суїцидального наміру ключовою ознакою пресуїцидального стану (Melby et al., 2025). Синдром суїцидальної кризи натомість не виключає можливість наявності суїцидальних ідеацій, а скоріше прагне уникнути неправильно встановленого діагнозу внаслідок приховування пацієнтом суїцидальних ідеацій. Тим не менш, дискусія щодо важливості наявності суїцидальних ідеацій для встановлення діагнозу залишається актуальною (Silverman & Berman, 2020).

Діагностика наявності суїцидального ризику, в тому числі діагностики

синдромі суїцидальної кризи, є важливим першим кроком до превенції суїцидальної поведінки за протоколами МОЗ. Наступними кроками є надання фармакологічної та нефармакологічної допомоги особам із високим суїцидальним ризиком. При цьому психологічна допомога спрямована на зменшення вираженості факторів ризику та посилення факторів захисту. Це включає сприяння покращенню міжособистісних стосунків, збільшення рівня стресостійкості особи, емоційної компетентності, покращення її психосоціального функціонування, а також формування нових адаптивних стратегій подолання життєвих труднощів. До основних психотерапевтичних методів, які рекомендовано застосовувати для осіб з вираженою суїцидальною кризою, належать когнітивно-поведінкова, діалектично-поведінкова, психодинамічна та міжособистісна психотерапія (Міністерство охорони здоров'я України, 2026).

Важливим елементом психологічної допомоги у випадках суїцидальної кризи також є формування довірливих стосунків між клієнтом та терапевтом, адже терапевтичний альянс виступає важливим фактором захисту від суїцидальної поведінки (Geleželytė et al., 2020).

Таким чином, синдром суїцидальної кризи є специфічним гострим афективним станом, який безпосередньо передуює суїцидальній спробі. Він складається з 5 критеріїв: відчуття «глухого кута», наявність афективних порушень, втрата когнітивного контролю, надмірна збудливість та соціальна ізоляція. Його цінність полягає у здатності виявляти короткотривалі ризики, що збільшує ймовірність вчасних втручань. Також він не спирається на наявність суїцидальних ідеацій, що дозволяє краще уникати ускладнень пов'язаних з приховуванням особою інформації.

1.2. Екзистенційна ізоляція, самотність та екзистенційна тривога як чинники суїцидальної проблематики

Аналіз сучасних теоретичних та емпіричних досліджень дозволив виокремити низку психологічних чинників, які тісно пов'язані із

суїцидальною проблематикою та можуть виступати предикторами суїцидальної кризи. Серед них особливу увагу приділяють переживанню екзистенційної ізоляції, самотності та екзистенційної тривоги, оскільки саме ці феномени пов'язані з переживанням втрати зв'язку з іншими людьми, відчуттям відчуження та труднощами у знаходженні сенсу власного існування (Yalom, 1980; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010; McClelland et al., 2020).

Під терміном «екзистенційна ізоляція», за визначенням Ірвіна Ялома, мається на увазі непереборний розрив між людьми, що полягає у напрузі між нашим прагненням бути частиною цілого та усвідомленням власної абсолютної ізоляції. (Yalom, 1980). Іншими словами, екзистенційна ізоляція характеризується відчуттям, що світогляд людини не поділяється іншими (Sease et al., 2022). Для кращого розуміння терміну, варто провести диференціацію між поняттям екзистенційної ізоляції, самотності, міжособистісної та внутрішньоособистісної ізоляції (Yalom, 1980).

Внутрішньоособистісна ізоляція змістовно найбільшою мірою відрізняється від інших понять. Вона описує ізольовані аспекти власної психіки особистості, що може проявлятися у різних формах від пригнічення власних бажань та інтересів до важких дисоціативних симптомів (Pinel et al., 2017).

Міжособистісна ізоляція більшою мірою відповідає традиційному визначенню самотності. Під нею мається на увазі відсутність або нестача контакту людини з людиною (Pinel et al., 2017). До міжособистісної ізоляції відноситься повна відсутність соціальних контактів, коли людина з будь-яких причин не взаємодіє з іншими людьми; відсутність прямого контакту, коли людина може перебувати поруч з іншими людьми, проте не мати з ними жодних інтеракцій; відсутність змістовного контакту, коли людина не має тривалих чи значущих стосунків.

На противагу цьому самотність описується, як розбіжність між бажаними та реальними соціальними стосунками, що супроводжується

суб'єктивно неприємними відчуттями. Саме суб'єктивністю оцінки самотності відрізняється від міжособистісної ізоляції і в цьому наближується до екзистенційної ізоляції. Але відносно екзистенційної ізоляції, самотність конкретно стосується відсутності повноцінних соціальних зв'язків і відповідно є якісно іншим почуттям.

Міжособистісна ізоляція, як і самотність, може поєднуватися з екзистенційною ізоляцією, але не тотожна їй. Екзистенційна ізоляція може набувати високого рівня навіть у випадку наявності міцних і значущих стосунків, бо її джерелом є думка про те, що жодна людина не здатна по-справжньому знати суб'єктивні переживання іншого (Pinel et al., 2017). Таким чином, міжособистісна ізоляція полягає у нестачі соціального зв'язку, самотність описує суб'єктивну оцінку цього зв'язку, а екзистенційна ізоляція описує відсутність зв'язку на рівні суб'єктивного досвіду.

Відповідно до того, що екзистенційна ізоляція може не залежати від об'єктивної кількості та якості стосунків з іншими людьми, кожна людина має внутрішній потенціал до розвитку почуття екзистенційної ізоляції. Саме по собі переконання про неможливість розділити особистий досвід з іншими відповідає дійсності. Адже все, що ми сприймаємо, є суб'єктивним відображенням дійсності. Це передбачає, що коли ми стикаємося з будь-яким стимулом, ми інтерпретуємо його, будучи обмеженими особистим минулим досвідом та власними органами чуття. І якими близькими ми б не були з іншими людьми, як би не прагнули розділити з ними суб'єктивний досвід, він ніколи не може бути сприйнятий ідентично до того, як його проживаємо ми (Echterhoff et al., 2009; Hardin & Higgins, 1996). Іншими словами, людина інтерпретує чужий досвід крізь призму власного суб'єктивного досвіду, який ніколи не є ідентичним до досвіду іншого. Відповідно, зрештою, ми залишаємося ізольованими в межах власного суб'єктивного досвіду. З такої точки зору кожна людина за своєю природою є екзистенційно ізольована, і «кожен з нас приходить у це життя самотній і повинен покинути його самотній» (Yalom, 1980). Проте саме почуття екзистенційної ізоляції не є

характерним для всіх людей, а може актуалізуватися за різних умов і бути як хронічним, так і тимчасовим (Helm et al., 2018).

Є обставини за яких усвідомлення і переживання екзистенційної ізоляції може набувати більшої чи меншої міри. Аналіз наукових джерел дозволяє виокремити низку чинників, що сприяють актуалізації переживання екзистенційної ізоляції. Зокрема, збільшення цього почуття пов'язане з життєвими обставинами, в яких людина хронічно або гостро переживає розбіжності між суб'єктивними переживаннями і переживаннями інших людей (Pinel et al., 2017). Відповідно до цього, можна виділити такі обставини, за яких збільшується ризик актуалізації почуття екзистенційної ізоляції:

а) повторюваний досвід заперечення або нерозуміння внутрішнього досвіду людини з боку значущих інших;

б) належність до стигматизованих або малопредставлених соціальних груп. Представники стигматизованих груп протягом життя стикаються з повторюваним досвідом дискримінації та соціальної маргіналізації з боку нормативного суспільства, що підсилює відчуття відокремленості від інших (Pinel et al., 2017);

в) переживання травматичного досвіду, зокрема, участь у бойових діях. За такого досвіду може формуватися переконання, що людину здатні розуміти лише ті, хто мав подібний досвід;

г) втрата значущих осіб. Близькі стосунки протягом життя часто пом'якшують переживання екзистенційної ізоляції, даючи відчуття емоційної близькості та взаємного розуміння. При втраті таких стосунків людина різко стикається з неможливістю розділити суб'єктивний досвід зі значущими іншими (Carr S., Fang C., 2021).

Коли відчуття екзистенційної ізоляції актуалізується і набуває хронічного характеру, перетворюючись з ситуативного стану на рису особистості, воно також набуває ролі механізму, через який порушення спільності досвіду перетворюється у емоційний дистрес. Таким чином,

екзистенційна ізоляція є значущим предиктором широкого спектру дезадаптивних станів, зокрема, вона пов'язана з підвищенням рівня психологічного дистресу, депресії та тривоги. Такі закономірності було виявлено на різних вибірках. Наприклад, дослідження, що вивчало прояви екзистенційної ізоляції у чоловіків під час COVID-19, виявило прямий позитивний зв'язок між екзистенційною ізоляцією і психологічним дистресом (Sharp et al., 2023). Аналогічні результати були висвітлені у дослідженні на виборці ветеранів: екзистенційна ізоляція демонструє стійкі позитивні зв'язки з проявами депресії, тривоги та ПТСР і негативні зв'язки з фізичним добробутом. Костелло та Лонг (2014) виявили позитивну кореляцію між екзистенційною ізоляцією як рисою особистості та соціальною тривожністю, тоді як пов'язали екзистенційну ізоляцію як рису особистості з вищим рівнем депресії та суїцидальних думок (Helm et al., 2018).

При цьому екзистенційній ізоляції відводиться роль медіатора. Роль екзистенційної ізоляції не зводиться до переживання самотності. Хоча при контролі за фактором самотності деякі зв'язки втрачають свою статистичну значущість, все одно спостерігаються значущі зв'язки з депресією та погіршенням фізичного самопочуття (Maldonado, 2025). Такі результати ще раз підтверджують, що самотність і екзистенційна ізоляція є двома окремими змінними, що підтверджується в багатьох інших дослідженнях (Constantino et al., 2023; Geneva Carolyn Yawger, 2018).

Підсумовуючи, можна зазначити, що екзистенційна ізоляція має істотний вплив на формування різних клінічних станів, і відповідно, суттєво впливає на функціонування особистості. При цьому її вплив на психологічне благополуччя людини не обмежується розвитком клінічних станів, а також пов'язується з рядом неклінічних дезадаптивних станів. До прикладу, дослідження (Coyne et al., 2025) демонструють зв'язок між екзистенційною ізоляцією та нижчим рівнем задоволення потреб, відсутністю мети та сенсу в житті. Екзистенційна ізоляція також негативно корелює з впевненістю в собі та у власних рішеннях (Long et al., 2022). Вважається, що незалежно від того,

чи переживається вона гостро чи хронічно, екзистенційна ізоляція має негативні психологічні наслідки. Однією з концепцій для розуміння цих наслідків є теорія управління страхом (TMT) (Pyszczynski et al., 2004). Згідно з TMT, унікальною когнітивною здатністю людини, наданою їй еволюцією, є усвідомлення власної смертності.

Гендерна соціалізація також відіграє роль у рисовій екзистенційній ізоляції, причому чоловіки зазвичай повідомляють про вищий рівень екзистенційної ізоляції, ніж жінки. Це можна частково пояснити панівними культурними нормами, які заважають чоловікам виявляти емоції та налагоджувати зв'язки з іншими (Costello et al., 2014; Helm et al., 2018; Pinel et al., 2017).

Тож, екзистенційна ізоляція є не ізольованим феноменом переживання, а є вагомим механізмом розвитку клінічних і неклінічних станів, що знижують адаптаційний потенціал психіки та призводять до порушення особистісного функціонування. При цьому вона впливає не лише на формування дезадаптивних станів, а й змінює їх перебіг.

Самотність дедалі частіше виступає як суттєва проблема у сфері громадського здоров'я, що послідовно пов'язується зі збільшенням ризиків як для фізичного, так і для психічного стану людини, а також із вищими показниками смертності (Cacioppo, Hawkley, & Crawford, 2002; Hawkley & Cacioppo, 2010). У зв'язку з цим важливо уточнити зміст поняття самотності та його теоретичне осмислення.

Одне з найпоширеніших визначень самотності описує її як суб'єктивне й небажане переживання, пов'язане з нестачею або втратою соціальних контактів і емоційної близькості з іншими людьми (Commissioner for Senior Victorians, 2016). Водночас у наукових джерелах чітко розмежовуються поняття самотності та соціальної ізоляції: остання розглядається як об'єктивний стан, що характеризується обмеженою кількістю соціальних взаємодій і низьким рівнем участі в житті спільноти (Grenade & Boldy, 2008). При цьому наголошується на відсутності прямого зв'язку між фізичним

усамітненням і суб'єктивним відчуттям самотності: людина може перебувати наодинці, не відчуваючи самотності, або ж, навпаки, переживати її навіть серед інших людей (Cummins, 2020).

У науковій літературі самотність також визначається як неприємний емоційний стан, що виникає внаслідок невідповідності між бажаним і фактичним рівнем доступності та якості соціальних взаємодій (Ma et al., 2020). Подібний підхід представлений у визначенні, згідно з яким самотність є тривожним переживанням, що виникає тоді, коли соціальні потреби людини не задовольняються ні за кількістю, ні за якістю соціальних зв'язків (Hawkley & Cacioppo, 2010). Ці інтерпретації широко використовуються як у науковій, так і в популярній літературі, зокрема у визначенні, поданому в Британській енциклопедії, де самотність описується як тривожний досвід невідповідності між бажаними та фактичними соціальними відносинами (Hawkley, 2018). Отже, у рамках цього підходу самотність постає як суб'єктивний психічний стан із негативною емоційною валентністю, що виникає внаслідок невідповідності між очікуваним і фактичним рівнем соціальної взаємодії.

У сучасній психології також розрізняють об'єктивну соціальну ізоляцію та суб'єктивну самотність (Ma et al., 2020). Об'єктивна ізоляція характеризується мінімальною кількістю соціальних контактів, тоді як суб'єктивна самотність відображає переживання дефіциту бажаних соціальних зв'язків. Однак ці два виміри не демонструють стійкого кореляційного зв'язку (Vincent, 2020): відсутність соціальних контактів не обов'язково супроводжується самотністю, так само як активна соціальна взаємодія не гарантує її відсутності.

З позиції сучасного теоретичного підходу, розгляд самотності неминуче передбачає звернення до суб'єктивного досвіду особистості, тобто до її переживання якості власного соціального існування (Hawkley & Cacioppo, 2010). У цьому контексті пропонується трактувати суб'єктивний вимір як необхідну умову самотності: вона існує лише тоді, коли присутнє

відповідне переживання, навіть якщо воно не завжди усвідомлюється рефлексивно. Водночас об'єктивна відсутність соціальних контактів не є ні достатньою, ні обов'язковою умовою виникнення самотності, оскільки вона визначається насамперед через досвід індивіда (Seemann, 2022).

Подальші емпіричні та теоретичні спостереження (Cummins, 2020). дозволяють уточнити низку ключових характеристик феномену самотності. Зокрема, самотність може зберігатися навіть у присутності інших людей, що підкреслює її суб'єктивний характер, незалежний від фактичної соціальної ізоляції. Водночас самотність не є стабільною особистісною рисою, а радше станом, який може виникати в різних індивідів за певних умов.

Дослідження також свідчать про її зв'язок із порушеннями емоційної регуляції (Lim et al., 2019), що вказує на роль самотності у дисфункціональних емоційних процесах. Крім того, самотність асоціюється з дефіцитом ключових психологічних ресурсів, необхідних для підтримання суб'єктивного благополуччя, зокрема якості близьких стосунків, фінансової стабільності та цілеспрямованої соціальної взаємодії.

Окремо встановлено негативну кореляцію між рівнем самотності та самооцінкою (Ouellet & Joshi, 1986), що вказує на її зв'язок із самосприйняттям особистості. Крім того, сучасні нейробіологічні дослідження демонструють зв'язок між самотністю та відчуттям сенсу життя, що опосередковується функціональною зв'язністю мозкових мереж у стані спокою (Mwilambwe-Tshilobo et al., 2019).

Самотність розглядається як один із значущих стресових факторів, характерних для осіб із підвищеним ризиком суїцидальної поведінки (Stravynski & Boyer, 2001). Історично у суїцидології одну з центральних ролей у появі суїцидальних ідеацій відводили самотності. Зокрема в роботах Е. Дюркгейма (1897) підкреслювалося, що суїцидальній поведінці передують відчуження людини від соціальних процесів, відчуття самотності та втрата сенсу життя. Е. Фромм (1941), у свою чергу, описував самогубство, як останню надію позбутися тягара самотності.

При цьому ключовим є те, що самотність визначається не кількістю соціальних контактів, а суб'єктивним сприйняттям рівня доступної соціальної підтримки; у її структурі часто супроводжувально присутні переживання безнадії, втрати сенсу та ангедонії (Shoib et al., 2023).

Емпіричні дослідження показують, що рівень переживання самотності варіює залежно від етапу життєвого циклу: найвищі показники спостерігаються у пізньому підлітковому віці, у середньому дорослому періоді вони знижуються, тоді як у пізній дорослості знову відбувається їх зростання (Luhmann and Hawkley, 2016). Окрім цього, доведено, що суб'єктивне відчуття самотності асоціюється з погіршенням перебігу психічних розладів, що частково може пояснювати її зв'язок із суїцидальною поведінкою (Wang et al., 2018).

Додатково встановлено, що самотність пов'язана не лише з клінічними показниками, а й із нижчим рівнем життєвого задоволення та зменшеною психологічною стійкістю (Zebhauser et al., 2014). Результати довготривалих лонгітюдних досліджень (Shaw et al., 2021) також підтверджують її прогностичне значення: самотність може виступати предиктором суїцидальних думок, суїцидальної поведінки та самоушкоджень, а крім того, асоціюється з вищою летальністю суїцидальних спроб, особливо серед чоловіків.

У межах досліджень суїцидальної поведінки (Motillon-Toudic et al., 2022) (включно із суїцидальними думками, плануванням і ризикованими формами дій) самотність розглядається як один із найпоширеніших і вагомих предикторів. При цьому наголошується, що її вплив на психічне здоров'я не завжди є прямим, а часто реалізується опосередковано через різні психопатологічні стани.

У сучасних емпіричних роботах (Cai et al., 2023) підкреслюється, що самотність зазвичай не існує як ізольований феномен, оскільки тісно поєднується з депресивними та тривожними розладами, хронічним стресом, посттравматичними реакціями, суїцидальною поведінкою, а також

дезадаптивними формами поведінки, включно із залежностями, що визначає її як суттєвий фактор ризику в контексті громадського психічного здоров'я.

Окремо підкреслюється, що періоди масштабних суспільних криз, зокрема пандемії COVID-19, були асоційовані зі зростанням ризику суїцидальної поведінки, що підтверджується емпіричними даними (Ahmed, 2024). Цей феномен пояснюється комплексною взаємодією психічних розладів, соціально-економічних обмежень, а також зниженням рівня соціальних контактів і посиленням ізоляції. У цьому ж контексті особливо вразливою групою стали медичні працівники, у яких на тлі хронічного стресу, травматичного досвіду та професійного вигорання фіксувалося підвищення рівня суїцидальних думок і поведінкових проявів суїцидального ризику (Ahmed, 2024).

Інтеграція соціальної ізоляції з коморбідними психічними станами істотно підвищує ймовірність розвитку суїцидальної поведінки. Зокрема, особи з депресивними та тривожними розладами демонструють підвищену чутливість до переживання самотності в умовах соціального обмеження, що додатково посилює суїцидальний ризик. У цьому випадку депресивні стани можуть виступати як наслідком самотності, так і чинником, який підсилює її негативний вплив. Це пояснюється тим, що порушення відчуття соціальної належності є одним із ключових механізмів формування суїцидальної ідеації (Ahmed, 2024).

У сучасних умовах українського суспільства зазначені процеси набувають особливої актуальності. В умовах воєнного стану та пов'язаних із ним соціальних трансформацій спостерігаються різні форми вимушеної або ситуативної соціальної ізоляції серед чоловіків. Частина цивільних чоловіків свідомо обмежує соціальні контакти та зменшує публічну активність у зв'язку з ризиком мобілізаційних заходів, тоді як інша частина вже перебуває у військових підрозділах, де характер соціальної взаємодії є суттєво зміненим і часто супроводжується фізичною та емоційною віддаленістю від звичного соціального середовища. Така диференційована форма ізоляції створює

додаткові психологічні навантаження та потенційно підсилює ризики формування самотності як одного з механізмів розвитку суїцидальної кризи.

Серед теоретичних моделей суїциду міжособистісно-психологічна теорія виокремлює поняття порушеного почуття належності, яке відображає роль самотності та дефіциту взаємної турботи у формуванні суїцидальної схильності (Joiner, 2005; Jin et al., 2026). Згідно з цією моделлю, поєднання фрустрованої належності та відчуття себе тягарем для інших сприяє виникненню суїцидальних думок, однак їх трансформація у суїцидальні дії відбувається лише за умови набуття індивідом здатності до самогубства, наприклад, унаслідок пережитої втрати через суїцид або доступу до летальних засобів (O'Connor & Nock, 2014).

Нещодавній систематичний огляд і метааналіз 22 проспективних досліджень (McClelland et al., 2020) підтвердив стійкий довгостроковий зв'язок між переживанням самотності та суїцидальністю, яка включає суїцидальні думки та спроби, у різних вікових групах. Додатково було показано, що самотність найсильніше прогнозує суїцидальні спроби та самоушкоджувальну поведінку, тоді як її зв'язок із суїцидальними думками є слабшим.

Таким чином, екзистенційна ізоляція та самотність як окремі феномени, пов'язуються з суїцидальною кризою і розглядаються як фактори ризику суїцидальної поведінки.

Згідно з сучасними дослідженнями, самотність і екзистенційна ізоляція збільшують ризик смертності в наслідок самогубства приблизно в 5 разів (Allothman et al., 2024). Більше того, екзистенційна ізоляція демонструє більш виражені зв'язки з суїцидальною та парасуїцидальною поведінкою порівняно з міжособистісною ізоляцією (Stravynski & Boyer, 2001). При цьому поєднання екзистенційної ізоляції та самотності виступає суттєвим предиктором суїцидальної кризи і має сильніше зв'язки з суїцидальним ризиком, ніж кожен із цих факторів окремо. Окрім прямого впливу, екзистенційна ізоляція також опосередковано впливає на формування

суїцидальної кризи через інші стани, зокрема травматичний досвід та моральну травму.

У сучасних умовах, зокрема в контексті повномасштабної війни в Україні, тривога набуває особливої значущості як один із провідних психологічних станів, що супроводжують повсякденне функціонування людини в різних сферах життя.

У наукових джерелах тривога здебільшого розглядається як емоційний стан, пов'язаний із переживанням невизначеної або нечітко окресленої загрози, що проявляється у формі дифузного відчуття небезпеки (Jonas et al., 2014; Grupe & Nitschke, 2013). Також дослідники зазначають, що тривожні стани характеризуються поєднанням очікування можливої загрози та її невизначеності, включно з нечіткістю щодо джерела та спрямованості потенційного впливу (Іванова та ін., 2024). На відміну від страху, який має конкретний ідентифікований об'єкт, тривога є більш узагальненим станом без чітко визначеного стимулу та може проявлятися як глобальне відчуття загрозливості.

Таким чином, тривога може бути визначена як суб'єктивне переживання загрозливої ситуації, що виникає через дисбаланс у взаємодії між індивідом і зовнішнім середовищем, а також як базовий емоційний стан, який ініціює початковий етап гострої емоційно-стресової реакції (Carsten et al., 2023; Hunt et al., 2019).

Тривога та пов'язані з нею розлади розглядаються низкою національних організацій як значущі чинники ризику суїцидальної поведінки. Вона також інтегрована в різні теоретичні моделі суїциду. Зокрема, у когнітивній моделі А. Бека зазначається, що за активації суїцидальних схем тривога (разом із фізіологічним збудженням) може відображати фіксацію на темі самогубства і, у поєднанні з безнадією, посилювати суїцидальний ризик (Wenzel & Beck, 2008; Wenzel & Beck, 2008).

Хоча тривога прямо не включена до міжособистісної теорії суїциду Т. Джойнера (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), її фокус на механізмах

суїцидальної поведінки узгоджується з емпіричними даними, які показують, що гострі тривожні стани, зокрема підвищене збудження та тяжкі панічні епізоди, часто спостерігаються безпосередньо перед летальними або майже летальними суїцидальними діями (Bentley et al., 2016).

Водночас тривога не є однорідним психічним феноменом і може варіювати від короточасних ситуативних реакцій до глибших переживань, що стосуються фундаментальних аспектів людського існування. У цьому зв'язку в психологічній літературі виокремлюють екзистенційний вимір тривоги, який пов'язаний із переживанням базових умов буття людини.

Незважаючи на підвищену увагу до цього феномена, у сучасній психологічній науці досі не сформовано єдиної загальноприйнятої теоретичної моделі екзистенційної тривоги, яка могла б розглядатися як вичерпна або провідна. Представники екзистенційного підходу по-різному трактують цей конструкт, пропонуючи альтернативні інтерпретації та виділяючи відмінні його структурні компоненти.

Зокрема, П. Тілліх (1952) описує екзистенційну тривогу через такі її форми, як тривога долі, смерті, порожнечі, беззмістовності, провини та втрати ідентичності. У свою чергу, І. Ялом (1980) виділяє чотири базові виміри: тривогу смерті, ізоляції, свободи та безсенсовості. У класифікації Г. Гласа (2013) спектр екзистенційних тривог розширюється і включає, крім страху смерті, також переживання небезпеки, абсурдності, сумнівів, самотності, втрати життєвої структури та сенсу. Подібним чином, у межах Теорії управління страхом (Terror Management Theory) екзистенційна тривога розглядається через такі компоненти, як страх смерті, проблеми сенсу, провини, ідентичності та самотності (Koole, Greenberg, & Pyszczynski, 2006).

Окремий внесок у розуміння цього феномену зробив Р. Мей (May, 1958), який визначав екзистенційну тривогу як специфічний тип тривоги, що виникає у зв'язку з усвідомленням обмеженості людського життя, можливості його беззмістовності, а також напруженням між внутрішніми прагненнями людини та об'єктивною реальністю. На його думку, це

переживання пов'язане з почуттями самотності, вразливості та невизначеності перед майбутнім, а також із необхідністю самостійного пошуку життєвого шляху і сенсу.

Розвиваючи свою концепцію, П. Тілліх (Tillich, 1952, 1961) запропонував модель екзистенційної тривоги, яка охоплює три основні сфери: тривогу смерті та долі, тривогу порожнечі й безсенсовості, а також тривогу провини та осуду. У першому випадку смерть розглядається як базова, «абсолютна» загроза, що задає контекст іншим екзистенційним переживанням, включаючи відчуття небезпеки та невизначеності (Glass & Knott, 1984; Koole et al., 2006; Yalom, 1980). У другій сфері тривога виникає внаслідок втрати або відсутності сенсу життя, що пов'язано з необхідністю його самостійного конструювання, на чому наголошував В. Франкл (Frankl, 1962). Третя сфера пов'язана з переживаннями провини та осуду, які виникають через невідповідність власним або універсальним моральним стандартам і розглядаються як важливі моральні емоції (Koole et al., 2006).

Таким чином, екзистенційна тривога постає як складний, багатовимірний феномен, який охоплює різні аспекти людського існування та може проявлятися через низку взаємопов'язаних переживань, пов'язаних із смертністю, сенсом життя, ізолюваністю, провинною та ідентичністю.

Незважаючи на те, що екзистенційна тривога як цілісний конструкт рідко досліджується у прямому зв'язку із суїцидальною поведінкою, її окремі компоненти мають емпірично підтверджені асоціації з різними проявами суїцидальності.

Зокрема, тривога смерті пов'язана з підвищеним рівнем психологічного дистресу, тривожності та суїцидальної ідеації. Дослідження показують, що усвідомлення власної смертності може посилювати переживання безвиході, невизначеності та втрати контролю, що, у свою чергу, асоціюється із зростанням суїцидальних думок (Gundogan & Ayraci, 2022).

Отримані емпіричні результати узгоджуються з положеннями міжособистісної теорії суїциду Т. Джойнера (Joiner, 2005), у межах якої

суїцидальна поведінка розглядається як наслідок взаємодії психологічних і міжособистісних факторів, зокрема переживання ізоляції та зниження відчуття приналежності. Ця теорія припускає, що виникнення суїциду залежить від двох психологічних вимірів: порушеного відчуття належності та сприйняття відчуття власної обтяжливості. Ті, хто вважає себе тягарем для своїх значущих інших і водночас має порушені міжособистісні стосунки, більш схильні до роздумів, планування та спроб суїциду. Однак має бути присутній третій фактор — набуте вміння завдавати собі шкоди (Zhang et al., 2024).

Результати дослідження показали, що студенти з історією суїцидальних думок та спроб мали вищі показники тривоги смерті, ніж ті, хто планував самогубство (але ще не намагався його здійснити) (Zhang et al., 2024).

Переживання відсутності сенсу та втрати життєвого сенсу розглядаються як одні з найсильніших психологічних предикторів суїцидальної ідеації. Зниження рівня осмисленості життя безпосередньо пов'язане з підвищенням ризику суїцидальних думок і намірів, тоді як наявність сенсу виконує захисну функцію (Yang et al., 2025).

Компоненти, пов'язані з самотністю, ізоляцією та відчуженням, також мають значущий зв'язок із суїцидальною поведінкою. Відчуття глибинної відокремленості та втрати зв'язку з іншими людьми асоціюється з підвищеним рівнем депресивних переживань, психологічного дистресу та суїцидальної ідеації (Brown et al., 2021).

Крім того, переживання провини, самозвинувачення та невідповідності власним чи соціальним стандартам пов'язані з формуванням негативного самосприйняття, почуття меншовартості та безнадії, які є характерними для осіб із суїцидальними намірами. Подібні емоційні стани розглядаються як важливі фактори ризику у структурі суїцидальної поведінки (Kalashnikova et al., 2022).

Також такі аспекти, як втрата ідентичності, внутрішня нестабільність, переживання абсурдності та невизначеності існування, можуть сприяти

дезінтеграції особистісної структури та посиленню психологічного дистресу, що опосередковано підвищує ризик формування суїцидальної кризи.

Таким чином, окремі компоненти екзистенційної тривоги — тривога смерті, безсенсовість, ізоляція, провина, втрата ідентичності — мають емпірично підтверджені зв'язки із суїцидальною ідеацією та поведінкою. Це дозволяє розглядати екзистенційну тривогу як інтегративний психологічний чинник, що опосередковано впливає на формування суїцидальної кризи через сукупність взаємопов'язаних екзистенційних переживань.

1.3. Війна як травмуючий чинник: моральна травма в умовах війни та її зв'язок із суїцидальною кризою й екзистенційними феноменами

Дослідження психологічної травми має довгу історію, починаючи з робіт Фрейда до сучасності. При цьому в науковій цікавості до психологічної травми історичному розрізі є певна закономірність: найбільша кількість досліджень, що вивчають особливості психологічної травматизації та асоційовані з нею явища, припадає на період війн. Так, під час Першої світової війни вперше було вжито поняття «контузія», що на той час описувало психологічну травму (Степанов, 2006). Під час Другої світової війни відбулося подальше накопичення знань про травматичні реакції. А після війни у В'єтнамі виникає поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Габінська & Соченко, 2017). Тоді ж вперше сформувалася думка про те, що психологічна травма виступає тривалим та неминучим наслідком війни (Степанов, 2006).

З точки зору історії, можна побачити, що дослідження травми тісно пов'язане з війною як з потенційно травматичною подією. Водночас на сучасному етапі поняття психологічної травми виходить далеко за межі воєнного контексту і, згідно з DSM-5 визначається як результат «експозиції до смерті, загрози смерті, серйозного поранення або його загрози, сексуального насилля або його загрози у такі способи: безпосередньо

пережити, бути свідком, дізнатися про пережиття травми родичем або близьким другом, експозиція до відразливих деталей травми, зазвичай у часі виконання професійних обов'язків» (American Psychiatric Association, 2013).

Психотравма має комплексний вплив на психологічне благополуччя людини. Зокрема, наслідками травматизації можуть виступати зміна життєвої перспективи та ціннісних орієнтацій особистості, зміна контексту стосунків з оточенням, що часто включає в себе ізоляцію, а також зміну ставлення до себе і свого життя в цілому. Травма може порушувати базове почуття безпеки, внаслідок чого світ починає сприйматися як непередбачуваний і неконтрольований, що створює підґрунтя для подальшого формування дезадаптивних станів.

О. І. Романчук зазначав, що з клінічного погляду одним з найбільш поширених наслідків травми є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): він розвивається приблизно у 30% осіб, що пережили травматичний досвід (Романчук, 2012). ПТСР визначається, як уповільнена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію, яка має надзвичайно жахливий або катастрофічний характер що може викликати всеохоплюючий страх майже у будь-кого (World Health Organization, 2016). ПТСР суттєво впливає на функціонування людини і часто є коморбідним із іншими психічними розладами, в тому числі і з суїцидальною кризою. Крім ПТСР, можуть розвиватися тривожні і депресивні розлади, а також виникати суїцидальні ідеї. До того ж, досліджено, що група з ПТСР у сім разів частіше робить спроби самогубства, ніж група без ПТСР (Hoeltherhoff & Chung, 2017).

Суміжним з психологічною травмою є поняття моральної травми. Моральна травма розглядається як специфічний тип травматичного досвіду, що виникає внаслідок спостереження за подіями у зонах бойових дій або безпосередньої участі в них і характеризується інтенсивними переживаннями провини, сорому, духовної кризи та екзистенційних занепокоєнь. Вона формується у ситуаціях, коли особа порушує власні моральні переконання, зазнає зради або стає свідком дій, що суперечать базовим етичним

принципам (Jinkerson, 2016).

У цьому контексті моральна травма є наслідком потенційно морально шкідливих подій — ситуацій, у яких людина залучена до дій, що порушують її фундаментальні моральні переконання. Ступінь такої залученості може варіюватися: від безпосереднього вчинення дій, до яких особа причетна особисто, через досвід свідчення подібних подій, до переживання їх як наслідку зради з боку значущих інших (Levi-Belz et al., 2025).

Війна у цьому вимірі виступає середовищем, що суттєво підвищує ризик виникнення моральної травми, особливо серед військовослужбовців, оскільки поєднує високий рівень екстремальності з необхідністю прийняття складних моральних рішень. Це, своєю чергою, ускладнює структуру травматичного досвіду, поєднуючи психологічні, моральні та екзистенційні виміри переживання.

Симптоматика моральної травми характеризується широким спектром переживань, що відображають глибокі порушення емоційної та смислової сфер особистості. Ключовими проявами є інтенсивні відчуття провини й сорому, які супроводжуються втратою довіри до себе, інших людей або вищих сил (Jinkerson, 2016). Зазначені переживання нерідко поєднуються з духовною кризою, що свідчить про дестабілізацію базових ціннісних і смислових орієнтацій особистості (Litz et al., 2009). У подальшій перспективі це може зумовлювати розвиток різних психічних порушень, зокрема депресивних і тривожних станів, нав'язливих думок та образів, а також формування негативного образу «Я», що проявляється у схильності до самопокарання, соціальної ізоляції та саморуйнівної поведінки. Втрата довіри до інших і переживання зради, своєю чергою, спричиняють соціальне відчуження та ускладнення міжособистісної взаємодії (Jinkerson, 2016).

Водночас особливого значення набуває духовно-екзистенційний вимір моральної травми, який проявляється у втраті сенсу, внутрішньому конфлікті та переосмисленні моральних засад (Drescher et al., 2011).

Травматичний досвід набуває екзистенційного виміру, оскільки

трансформує способи інтерпретації реальності, саморозуміння та усвідомлення особистістю власного місця у світі (Hoffman, Hoffman, & Vallejos, 2013).

У випадках, коли військовослужбовці здійснюють дії, що суперечать їхнім особистим моральним переконанням, навіть за умови формального дотримання правил ведення бойових дій, у них може виникати внутрішній когнітивний конфлікт між моральними установками та поведінкою (Drescher et al., 2011). Якщо цей внутрішній конфлікт знаходить розв'язання, військові зазвичай здатні продовжувати виконання службових обов'язків без суттєвих психологічних наслідків. Водночас у випадку його збереження можуть формуватися переживання провини, сорому, емоційного відчуження, зниження мотивації, самоізоляції та труднощі у міжособистісному функціонуванні, що в сукупності описується як прояви моральної травми (Arredondo & Caparrós, 2019).

Таким чином, моральна травма виходить за межі суто психологічних симптомів і безпосередньо пов'язана з актуалізацією екзистенційних переживань, зокрема тривоги, самотності та відчуття відчуженості, що може виступати підґрунтям для формування більш глибоких кризових станів, включаючи суїцидальну кризу.

Травматичні події можуть актуалізувати екзистенційну тривогу, оскільки безпосередньо пов'язані з усвідомленням загрози небуття. Така тривога постає як реакція на усвідомлення власної смертності, втрати сенсу життя та крихкості людського існування, тобто тих фундаментальних аспектів буття, які в повсякденному житті зазвичай не перебувають у фокусі свідомості (Ключник, 2024). У дослідженнях зазначається, що переживання загрози життю, спостереження смерті інших або навіть отримання інформації про потенційну небезпеку можуть активізувати страх смерті та відчуття наближеності завершення існування, що становить ядро екзистенційної тривоги (Liu, Cheng, & Qu, 2023).

За результатами дослідження дорослого населення встановлено, що

близько 75% респондентів повідомляли принаймні про одну з форм екзистенційної тривоги (Weems et al., 2004). Водночас емпіричні дані свідчать, що особи, які зазнали травматичного досвіду, можуть характеризуватися підвищеною вразливістю до подібних екзистенційних переживань (Fuchs, 2013).

Проблематика смерті в психологічних дослідженнях переважно осмислюється крізь призму понять тривоги смерті та страху смерті. Тривога смерті трактується як емоційний стан, що охоплює страх, паніку, жах та інші форми занепокоєння, пов'язані з усвідомленням власної смертності. Вона розглядається як фундаментальний екзистенційний досвід, оскільки усвідомлення кінцевості життя присутнє на різних рівнях психологічного функціонування особистості (Arredondo & Caparrós, 2019).

Екзистенційна ізоляція також є одним з наслідків переживання травматичного досвіду. У контексті воєнної травми у військовослужбовців відчуття екзистенційної ізоляції може починати наростати ще під час перебування в зоні бойових дій. В цих рамках, вона є складовою бойової стресової реакції (Solomon, 1993). Після завершення військової служби екзистенційна ізоляція зберігається на високому рівні (Figley & Leventman, 1980). Особливо критичним є період повернення до цивільного життя. В цей період, за рахунок переживання зіткнення з новою реальністю та її контрасту з досвідом військової служби, може підсилюватися відчуття відокремленості від інших (Basham, 2008).

У дослідженні ізраїльських ветеранів та комбатантів (J. Stein et al., 2015) було виокремлено чотири основні теми, що відображають переживання ізолюваності. В даному дослідженні вони концептуалізуються як самотність, до того ж їх зміст значною мірою відповідає екзистенційній ізоляції, що проявляється через порушення спільності досвіду, що відображається у цих темах.

Так, першою виділеною темою є «Інший світ». Ця тема описує відчуття контрасту між «світом» бойових дій і цивільного життя. Особливо гострим

відчуття «іншого світу» стає при поверненні військовослужбовця до міста, де не ведуться активні бойові дії або при контакті з цивільними людьми. В ці моменти військовослужбовець може гостро відчувати відсутність тієї спільної реальності, яка була характерна раніше. Такий різкий контраст спричиняє відчуття ізольованості від інших і що його досвід більше не може бути розділеним і зрозумілим. Таким чином це підсилює відчуття екзистенційної ізоляції.

Другою виокремленою темою стало «Ті, хто там був (і ті, хто ні)». Даний наратив відображає відчуття роздвоєності населення: є ті хто переживав схожий досвід і схожі психологічні травми, і ті, хто такого досвіду не мав. Наслідком такого розділення стає думка про те, що тільки той, хто був у зоні бойових дій (є звільненим з полону, зазнав іншої відповідної травми) може зрозуміти цей досвід. Так людина відчуває себе ізольованою від решти оточення, часто це враховує відчуття ізольованості від партнера, дітей, сім'ї. Так відчуття спільної реальності з близькими зникає і натомість з'являється відчуття екзистенційної ізоляції.

Третьою темою, виокремленою автором, є «Ніхто не може зрозуміти». Ця тема описує відчуття невдалої інтерсуб'єктності. Людина, що мала бойовий досвід, відчайдушно прагне бути зрозумілою значущими іншими, але не може цього отримати, бо вони не проживали відповідний досвід. Більше того, часто люди, що не мали цього досвіду, тим чи іншим способом відмовляються вислуховувати розповідь про травмуючі події. І кожен раз, коли людина з такого роду травматичним досвідом, намагається розділити цей досвід з близькими і не отримує відчуття розуміння, це ще більше підсилює відчуття екзистенційної ізоляції, відчуття того, що ніхто не здатен зрозуміти цей досвід, розділити цю суб'єктивну реальність.

І, четверта тема, яка описує наслідки воєнної травми, звучить як «Немає слів». Ця тема характеризує відчуття непереданого досвіду. Людина, що приймала участь в бойових діях, часто не може дібрати слів для опису пережитого досвіду. Це заважає подолати відчуття ізольованості, адже навіть

за наявності людей, що готові почути та зрозуміти, людина не може передати цей досвід на вербальному рівні.

Виходячи з описаних наративів, екзистенційна ізоляція може розглядатися, як структурний компонент переживання воєнної травми, який закріплюється у процесі повернення військовослужбовця до цивільного життя. Кожен з наративів відображає окремий аспект розриву спільної реальності, що пов'язано з різкою та радикальною зміною способу сприйняття світу внаслідок травматичної події, при тому, що суб'єктивна дійсність оточення не зазнає таких змін. Це формує стійке переконання про неможливість розділити особистий досвід, що підсилюється зовнішніми (нерозуміння оточення, контраст воєнного та цивільного життя) та внутрішніми (труднощі вербалізації, поділ суспільства на категорії) факторами. Таким чином, досвід воєнної травми тісно пов'язаний з екзистенційною ізоляцією і її подальшим закріпленням на рівні особистості. На цьому етапі доцільно висловити припущення, що екзистенційна ізоляція може виступати механізмом, який опосередковує подальший розвиток дезадаптивних станів.

У контексті повномасштабної війни в Україні ця проблематика набуває ширшого значення, оскільки екзистенційна ізоляція стосується не лише військовослужбовців, а й цивільного населення. Цивільні особи також зазнають травматичного впливу через обстріли, вимушене переміщення, втрату близьких, руйнування соціальних зв'язків та відчуття постійної небезпеки. Це створює умови для формування подібного досвіду порушеної спільності реальності, хоча його інтенсивність і специфіка можуть відрізнятися залежно від індивідуальних обставин.

Дане припущення знаходить емпіричне підтвердження в дослідженні Loso et al., 2025. У ньому було встановлено, що екзистенційна ізоляція може опосередковувати взаємозв'язок між травмою та психічними розладами. Таким чином, переживання екзистенційної ізоляції виступає одним з ключових факторів патологізації травматичного досвіду і розвитку

коморбідної депресії, тривожних розладів та суїцидальної кризи. Такі зміни стають особливо вираженими при кумулятивній травматизації, коли повторюваність досвіду закріплює відчуття відчуження і спричиняє особистісні зміни, за яких екзистенційна ізоляція набуває характеру риси особистості (Loso et al., 2025). Важливим є те, що цей механізм не обмежується окремими типами травматичних подій і зберігається як для міжособистісних, так і для неміжособистісних травм, що підкреслює його універсальний характер. У цьому контексті екзистенційна ізоляція може розглядатися не лише як наслідок травматизації, а як процес, що якісно змінює спосіб сприйняття досвіду, через що інші симптоми набувають більшої стійкості та інтенсивності. Це дає можливість інтерпретувати описані вище наративи воєнної травми, як феноменологічні прояви цього механізму. Іншими словами ці 4 теми є структурними компонентами екзистенційної ізоляції, за рахунок яких, вона стає ланкою, яка поєднує безпосередній травматичний досвід із подальшими дезадаптивними наслідками.

Будь-який травматичний досвід може спровокувати ланцюжок, де травма актуалізує відчуття екзистенційної ізоляції та екзистенційної тривоги, які, у свою чергу, збільшують ризик розвитку широкого спектру дезадаптивних станів. При цьому для воєнної травми це набуває особливої актуальності за рахунок її кумулятивності, довготривалості та радикального розриву між цивільним та військовим контекстами досвіду. Це суттєво ускладнює інтеграцію пережитого досвіду та відновлення відчуття спільної реальності з іншими людьми. У цьому контексті екзистенційна тривога проявляється як загострене усвідомлення межі людського існування та нестабільності життєвих опор, що після травматичного досвіду може посилювати загальний рівень психологічної вразливості.

Серед дезадаптивних станів, що можуть розвиватися як наслідок екзистенційної ізоляції та екзистенційної тривоги, пов'язаної з воєнною травмою, особливе місце, в рамках даного дослідження, займає синдром суїцидальної кризи.

Загалом наявність досвіду воєнної травми позитивно корелює з розвитком суїцидальної кризи (Sall et al., 2019). Багато досліджень підтверджують зв'язок ПТСР з вищим рівнем суїцидальної кризи (Оріє et al., 2022; Akbar et al., 2022). Зокрема, дослідження показують, що значна частка осіб, що мають ПТСР, повідомляє про наявність суїцидальних ідецій (Оріє et al., 2022). Водночас навіть за відсутності сформованого ПТСР, сам факт наявності досвіду психологічної або моральної травми пов'язаний з вищим рівнем суїцидальної кризи (Nichter et al., 2021). Відповідні результати були отримані на різних вибірках, зокрема серед ветеранів США, де досвід моральної травми під час військової служби асоціюється з збільшенням ризику самогубства. Аналогічні результати про наявність прямого зв'язку між моральною травмою та суїцидальною кризою, продемонструвало дослідження ізраїльських комбатантів (Levi-Belz et al., 2023). Крім цього наявність психологічної травми послідовно пов'язане зі зростанням як суїцидальності, так і несуїцидальних самоушкоджень (Ford & Gómez, 2015). Відповідно, незалежно від особливостей вибірки, типу травматичного досвіду та дослідницького фокусу, численні емпіричні дослідження послідовно відтворюють зв'язок між воєнною травмою та суїцидальною кризою.

Таким чином, воєнна травма може підвищувати рівень екзистенційної ізоляції та екзистенційної тривоги. Ці стани, у свою чергу, пов'язані з підвищеним суїцидальним ризиком. Крім того, екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога можуть виступати механізмами, що опосередковують зв'язок між травматичним досвідом і дезадаптивними психічними станами.

Відповідно, можна припустити, що екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога опосередковують зв'язок між воєнною травмою та синдромом суїцидальної кризи.

Водночас вони є не єдиним чинником, який впливає на суїцидальність серед військовослужбовців та цивільних. І звужувати картину розвитку синдрому суїцидальної кризи у відповідь на досвід воєнної травми були б некоректно. Тож важливо розглянути й інші фактори, які впливають на

рівень суїцидальної кризи серед військовослужбовців, задля можливості визначення місця, яке екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога займають серед них.

Зокрема, на збільшення рівня суїцидальної кризи впливає зниження рівня соціальної підтримки і труднощі в соціальній інтеграції після завершення військової служби чи травматичної події. Наприклад, Центр учбової літератури (2023) зазначає, що в цей період для багатьох військовослужбовців характерні труднощі у відновлення попередніх соціальних ролей та соціальних зв'язків, які були частиною звичного досвіду протягом цивільного життя військовослужбовця. Неможливість повноцінної інтеграції та відсутність якісних соціальних контактів, суттєвою мірою впливають на формування синдрому суїцидальної кризи. Даний фактор може поєднуватися з екзистенційною ізоляцією, проте не є тотожним їй.

Серед інших факторів також виділяють труднощі в адаптації до умов військової служби, до постійних змін, високого рівня відповідальності, тривалої відсутності вдома, частих переїздів (Кокун та ін., 2019). Крім цього, важливу роль відіграє наявність фізичних травм і хронічного болю, що часто супроводжують перебування у зонах бойових дій, постійних обстрілів та можуть поєднуватися з психологічною травматизацією. При цьому поширеність супутнього хронічного болю у осіб з ПТСР сягає 40% (Goldstein et al., 2019). Також значущим є суб'єктивне переживання неможливості впоратися з травматичним досвідом, коли наслідком інтенсивних емоційних реакцій, які суб'єктивно оцінюються як нестерпні, виступає формування суїцидальних думок та суїцидальної поведінки. Хоча екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога не є сутністю кожного з факторів, вони можуть поєднуватися з ними та підсилювати емоційні реакції негативної валентності і підвищувати ризик дезадаптації та розвитку суїцидальної кризи.

Так, наприклад, коморбідність ПТСР з хронічним болем пов'язана зі зниженням залученості до соціального функціонування (Reed et al., 2024), порушенням соціальної ідентичності і зменшенням відчуття власної

автентичності, що меншою мірою характерне для некоморбідного хронічного болю. (Reed, Lehinger et al., 2021). Таким чином, супутня наявність хронічного болю та ПТСР можуть спричиняти частішу актуалізацію екзистенційної ізоляції та екзистенційної тривоги.

Отже, можна стверджувати, що екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога, будучи пов'язаними з воєнною травмою, прямо та опосередковано впливають на формування суїцидальної кризи. Більше того, вони виступають не лише як один із проявів психологічної травматизації, а як фактори, що змінюють спосіб сприйняття дійсності та суттєво впливають на міжособистісне функціонування людини.

Особа, яка пережила воєнну травму, схильна сприймати свій досвід як такий, що не може бути повністю розділений з іншими, що відображає переживання екзистенційної ізоляції. Паралельно екзистенційна тривога посилює відчуття невизначеності, внутрішньої нестабільності та втрати життєвих орієнтирів, що додатково ускладнює процес осмислення та інтеграції травматичного досвіду. Як наслідок, відбувається втрата відчуття спільної реальності, може формуватися криза сенсу та знижуватися здатність сприймати підтримку інших. За таких умов зростає ризик розвитку суїцидальної кризи.

І навіть у тих випадках, коли екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога не виступають безпосередніми чинниками формування суїцидальної кризи, вони можуть взаємодіяти з іншими факторами суїцидального ризику, посилюючи їх вираженість, стійкість та резистентність до корекції. Відповідно, спираючись на аналіз наукових джерел, можна зробити висновок про те, що екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога, пов'язані з воєнною травмою, є значущими предикторами розвитку суїцидальної кризи.

Висновки до розділу 1

У ході теоретичного аналізу наукових джерел було встановлено, що суїцидальна криза є специфічним гострим психологічним станом, який

безпосередньо передує суїцидальній поведінці та відображає короткостроковий ризик її реалізації. На відміну від підходів, що фокусуються на довготривалих факторах ризику або наявності суїцидальних ідеацій, цей конструкт дозволяє описати динамічний афективно-когнітивний стан, який може виникати незалежно від вербалізованих суїцидальних намірів.

Узагальнення сучасних досліджень свідчить, що синдром суїцидальної кризи має чітко структуровану багатовимірну організацію та включає взаємопов'язані афективні, когнітивні, поведінкові й соціальні компоненти. Його центральним елементом є переживання «глухого кута», яке відображає суб'єктивну неможливість уникнення нестерпної життєвої ситуації. Інші компоненти синдрому виступають як супутні, проте суттєво підсилюють його вираженість і ризик суїцидальної поведінки.

Встановлено, що синдром суїцидальної кризи не є ізольованим психопатологічним явищем, а формується в межах ширших психологічних процесів, пов'язаних із дезорганізацією емоційної та когнітивної сфер. Його розуміння інтегрується у сучасні теоретичні моделі суїцидальності, зокрема у наративно-кризову модель, яка дозволяє розглядати розвиток суїцидального ризику як багаторівневий процес від стійких особистісних характеристик до гострих кризових станів.

Теоретичний аналіз дозволив визначити, що екзистенційна ізоляція та самотність є різними за природою, але взаємопов'язаними феноменами, які впливають на формування суїцидальної кризи. Самотність відображає суб'єктивний дефіцит соціальних зв'язків, тоді як екзистенційна ізоляція стосується глибинного переживання неможливості повного розділення суб'єктивного досвіду з іншими. Обидва феномени виступають значущими психологічними чинниками підвищеного суїцидального ризику.

Встановлено, що екзистенційна тривога є багатовимірним феноменом, який охоплює переживання смерті, безсенсовості, ізоляції, провини та втрати ідентичності. Її компоненти мають емпірично підтверджений зв'язок із

суїцидальною ідеєю та поведінкою, що дозволяє розглядати її як інтегративний психологічний механізм, який опосередковує формування суїцидальної кризи через сукупність екзистенційних переживань.

У результаті аналізу встановлено, що воєнна травма є комплексним психотравмуючим чинником, який не лише призводить до розвитку клінічних розладів, а й суттєво впливає на екзистенційні виміри психічного функціонування. Зокрема, вона сприяє актуалізації екзистенційної ізоляції та екзистенційної тривоги, що порушують відчуття спільної реальності, стабільності смислів і міжособистісної включеності.

Доведено, що екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога можуть виступати опосередковуючими механізмами у зв'язку між воєнною травмою та формуванням суїцидальної кризи. Вони не є єдиними чинниками цього процесу, проте суттєво підсилюють вплив інших ризиків, змінюючи спосіб переживання травматичного досвіду та посилюючи загальну психологічну вразливість.

Узагальнено, що суїцидальна криза формується як результат взаємодії екзистенційних переживань, травматичного досвіду та соціально-психологічних факторів, при цьому екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога займають у цій системі важливе місце як механізми трансформації травматичного досвіду у кризові стани.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СИНДРОМУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ КРИЗИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Опис дизайну дослідження

Емпіричне дослідження було організоване як кількісне порівняльне дослідження, спрямоване на виявлення особливостей переживання екзистенційної ізоляції, суїцидальної кризи, моральної травми, екзистенційної тривоги та самотності у чоловіків, які належать до двох соціально значущих груп воєнного часу – цивільного населення та військовослужбовців. Логіка дослідження полягала у зіставленні показників цих груп, а також у подальшому аналізі взаємозв'язків між досліджуваними змінними, що дало змогу перейти від простого опису окремих психічних феноменів до розуміння їхнього взаємного функціонування в умовах тривалого стресу війни. Така побудова дослідження відповідає його психологічній спрямованості, оскільки дозволяє одночасно врахувати як групові відмінності, так і внутрішню структуру зв'язків між показниками.

Концептуально дослідження спирається на *припущення*, що досвід війни, попри відмінності соціального статусу та характеру включеності у воєнні події, пов'язаний із формуванням комплексу взаємопов'язаних психологічних переживань. До цього комплексу належать моральний дистрес, екзистенційне напруження, самотність, внутрішнє відчуження та суїцидально-кризові стани. Передбачається, що ці явища не існують ізольовано, а утворюють систему взаємозв'язків, у межах якої одні психологічні переживання можуть виступати чинниками посилення або актуалізації інших. Саме таке бачення взаємодії досліджуваних змінних зумовлює необхідність їх розгляду в межах єдиної теоретичної моделі емпіричного дослідження (рис.2.1).



Рис.2.1. Емпірична модель дослідження

Теоретична модель дослідження ґрунтується на припущенні, що синдром суїцидальної кризи в умовах тривалого воєнного стресу формується під впливом комплексу взаємопов'язаних екзистенційних, моральних та емоційних переживань особистості.

У межах моделі синдром суїцидальної кризи розглядається як інтегральний показник психологічної дезадаптації, який зумовлюється вираженістю екзистенційної ізоляції, моральної травми, екзистенційної тривоги та самотності.

Екзистенційна ізоляція відображає глибинне переживання відчуженості власного внутрішнього досвіду від досвіду інших людей. Самотність виступає емоційним і соціальним виміром цього відчуження. Екзистенційна тривога репрезентує страх смерті, втрати сенсу, самотності та труднощів самоідентифікації, що підсилює відчуття безвиході. Моральна травма пов'язана з переживаннями порушення моральних норм, довіри, прощення, сенсу та самозвинувачення, що підривають цілісність особистісного самосприйняття.

Передбачається, що зазначені психологічні феномени перебувають у тісному взаємозв'язку між собою та можуть виступати предикторами вираженості синдрому суїцидальної кризи.

Водночас у межах моделі особливе значення надається екзистенційній ізоляції та екзистенційній тривозі як глибинним психологічним чинникам, що опосередковують вплив моральної травми та переживання самотності на формування суїцидально-кризових проявів. Передбачається, що моральна травма та самотність не безпосередньо зумовлюють суїцидальну кризу, а сприяють посиленню екзистенційної ізоляції та екзистенційної тривоги, які, у свою чергу, виступають психологічними механізмами формування відчуття безвиході, внутрішнього відчуження та суїцидально-кризового стану.

Таким чином, теоретична модель передбачає не лише наявність прямих зв'язків між досліджуваними змінними, але й опосередковані (медіаційні) взаємозалежності, що розкривають внутрішню психологічну логіку формування синдрому суїцидальної кризи в умовах воєнного стресу. Виходячи з цього, для емпіричної перевірки положень теоретичної моделі було сформульовано такі гіпотези:

1. Умови тривалого воєнного стресу зумовлюють статистично значущі відмінності між цивільними та військовослужбовцями за показниками екзистенційної ізоляції, екзистенційної тривоги, моральної травми, самотності та вираженості синдрому суїцидальної кризи.

2. У межах обох досліджуваних груп екзистенційна ізоляція, екзистенційна тривога, моральна травма та самотність мають статистично значущі позитивні взаємозв'язки між собою та з вираженістю синдрому суїцидальної кризи.

3. Моральна травма та переживання самотності є статистично значущими предикторами вираженості синдрому суїцидальної кризи у чоловіків обох досліджуваних груп.

4. Екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога роблять додатковий (понад вплив моральної травми та самотності) внесок у пояснення вираженості синдрому суїцидальної кризи у чоловіків цивільної та військової груп.

Саме тому до батареї психодіагностичних засобів було включено

методики, що охоплюють не один окремих симптом чи вузький клінічний показник, а різні рівні суб'єктивного досвіду – від екзистенційного самосприйняття до суїцидально-кризових проявів і моральної травматизації. Це дозволяє розглядати психічний стан досліджуваних не фрагментарно, а у ширшому контексті особистісного функціонування в умовах війни.

Організація дослідження передбачала кілька послідовних етапів. На першому етапі було сформовано емпіричний масив даних та визначено набір психодіагностичних показників, релевантних меті роботи. На другому етапі здійснювалося структурування вибірки за основними соціально-демографічними та статусними змінними, насамперед за належністю до цивільної або військової групи. На третьому етапі проводилося первинне статистичне опрацювання даних, що охоплювало описову статистику та перевірку особливостей розподілу показників. Наступний етап був пов'язаний із порівняльним аналізом, кореляційним опрацюванням, побудовою регресійних моделей, що дозволило оцінити не лише відмінності між групами, а й предиктивний внесок окремих змінних у варіативність досліджуваних психологічних показників.

Змістовно дослідження було зорієнтоване на аналіз тих психічних явищ, які набувають особливої актуальності в умовах війни. До таких належать переживання екзистенційної ізоляції, що відображає суб'єктивне відчуття незбігу власного внутрішнього досвіду з досвідом інших людей; суїцидально-кризові стани, що характеризують безвихідь, емоційну дезорганізацію, когнітивне перевантаження, психофізіологічне збудження та соціальне відсторонення; моральна травма як наслідок переживань, пов'язаних із порушенням моральних принципів, довіри, прощення, сенсу і самозвинувачення; екзистенційна тривога як багатовимірне переживання, що включає страх смерті, самотності, втрати сенсу та труднощі самоідентифікації; а також самотність як окремих феномен емоційного й соціального неблагополуччя. Такий набір змінних задає цілісне поле для аналізу психологічної вразливості та адаптаційних труднощів у

досліджуваних вибірці.

Особливістю дослідження є поєднання двох рівнів аналізу. Перший рівень становить порівняльний аналіз, спрямований на виявлення відмінностей між цивільними та військовослужбовцями за показниками досліджуваних психологічних характеристик. Другий рівень має структурно-зв'язковий характер і реалізується окремо в кожній з досліджуваних груп. У його межах застосовано кореляційний аналіз для встановлення взаємозв'язків між психологічними показниками та суїцидальною кризою, а також регресійний аналіз для визначення предикторної ролі окремих змінних у формуванні суїцидально-кризових проявів. Саме такий комплексний підхід дозволяє не лише порівняти групи між собою, а й виявити специфіку внутрішніх психологічних взаємозв'язків у кожній з них, формуючи цілісне уявлення про психологічне функціонування досліджуваних в умовах війни. Отже, дослідження було побудоване як емпірична спроба виявити й описати взаємопов'язані психологічні наслідки життя в умовах війни у двох групах респондентів.

Організація дослідження поєднала використання кількох стандартизованих психодіагностичних інструментів, структурований опис вибірки та багаторівневий статистичний аналіз у кожній групі окремо. Це створює підстави для подальшого розгляду методичного забезпечення дослідження та характеристики його вибірки.

2.2. Опис методик дослідження

Для реалізації завдань дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, кожна з яких охоплює окремий, але концептуально пов'язаний із темою роботи вимір психічного досвіду. Добір інструментарію засвідчує прагнення охопити як кризові та травматичні переживання, так і глибші екзистенційні характеристики особистісного функціонування. У межах наданих матеріалів підтверджуються методики для вимірювання симптомів моральної травми, суїцидальної кризи,

екзистенційної ізоляції, екзистенційної тривоги та самотності. Водночас ступінь деталізації доступної інформації про окремі інструменти є різним, що визначає і різну повноту їх опису в цьому підрозділі.

Однією з ключових у дослідженні є *шкала симптомів моральної травми* (адаптована версія Moral Injury Symptoms Scale – Military Version – Short Form (MISS-M-SF)) (Koenig et al, 2018). У наданих матеріалах вона представлена як інструмент, що був перекладений, культурно адаптований та психометрично перевірений для використання серед цивільного населення під час війни (Засєкіна & Козігора, 2022). Мета відповідної адаптації полягала у тому, щоб зробити інструмент придатним не лише для військових, а й для осіб, які переживають морально травматичні обставини в цивільному контексті воєнного часу. Процедура адаптації здійснювалася відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо перекладу психодіагностичного інструментарію і включала прямий переклад, зворотний переклад, претестування, когнітивне інтерв'ю та формування остаточної версії. У дослідженні адаптації шкала продемонструвала прийнятну внутрішню узгодженість на рівні $\alpha = 0,70$ та тест-ретестову надійність $r = 0,67$ за восьмиденним інтервалом; також було подано показники дискримінантної, конвергентної та конструктної валідності. У матеріалах окремо наголошується, що коротка форма шкали пов'язана з такими змістовими зонами, як зрада, провина, сором, моральні судження, втрата довіри, втрата сенсу, труднощі пробачення, самозвинувачення, релігійна боротьба та втрата віри, що дозволяє розглядати її як багатокомпонентний інструмент оцінювання моральної травматизації. У межах цього дослідження використання цієї шкали є доцільним, оскільки вона дозволяє фіксувати не лише загальний рівень морального дистресу, а й наслідки порушення моральних орієнтирів у ситуації війни (Засєкіна & Козігора, 2022)..

Наступною важливою методикою є *Короткий опитувальник суїцидальної кризи – адаптований (КОСА)*, який є українською версією The Suicide Crisis Inventory-2 Short Form (SCI-2-SF) (De Luca et al., 2024). У

наданих матеріалах цей інструмент подано як адаптований для української популяції комбатантів (Яценко, Сомова, & Свірін, 2024). Його застосування обґрунтовується потребою у вимірюванні проявів суїцидальної кризи – психічного стану, який вважається значущим для прогнозування суїцидального ризику. Адаптаційне дослідження було проведене на вибірці 312 комбатантів Десантно-штурмових військ Збройних сил України, а повторне обстеження через три тижні охопило 83 особи. Психометричні результати засвідчили високу внутрішню узгодженість загальної шкали на рівні $\alpha = 0,88$, високе значення $\omega_h = 0,84$, а також збереження авторської факторної структури оригінальної методики, про що свідчать індекси $RMSEA = 0,033$, $CFI = 0,98$, $TLI = 0,98$ та $SRMR = 0,05$. Змістовно інструмент охоплює такі кластери переживань, як глухий кут, афективний дистрес, когнітивне перевантаження, психофізіологічне збудження та соціальне відчуження. У тексті методики представлено формат відповідей від 0 до 4, де варіанти відповіді розгортаються від повної відсутності переживання до його сильної вираженості. Таким чином, КОСА дозволяє оцінювати актуальний кризовий стан і є особливо доречним у дослідженні психологічної вразливості в умовах війни, оскільки пов'язує суб'єктивний дистрес із ризиковими для життя психічними проявами (Яценко, Сомова, & Свірін, 2024).

Для оцінювання специфічного переживання суб'єктивної відокремленості з іншими людьми у дослідженні використано **Шкалу екзистенційної ізоляції** (Existential Isolation Scale, EIS), пов'язану з роботами Elizabeth C. Pinel, Anson E. Long, Erin Q. Murdoch та Peter Helm (Pinel et al., 2017). Нами було здійснено перший та другий етапи адаптації даної шкали (Додаток В). Розробка українського перекладу спиралась на концепцію зворотного перекладу, рекомендовану для культурної адаптації опитувальників. Переклад виконано трьома психологинями, дві з яких мають науковий ступінь з психології та досвід розробки психометричних інструментів, третя навчається на магістерській програмі «Клінічна

психологія з основами психотерапії». Усі перекладачки мають рівень володіння англійською мовою не нижче B2. Дозвіл на переклад та використання шкали було отримано від її розробниці Elizabeth C. Pinel.

Збір даних здійснювався впродовж січня-березня 2026 р. Всього у дослідженні взяло участь 302 особи, що добровільно взяли участь в опитуванні. Вік учасників коливався від 15 до 55 років ($M = 31,1$; $SD = 9,3$). За гендерним складом вибірка містила 109 жінок (36,1 %) та 193 чоловіків (63,9 %). За сімейним станом 43,4 % респондентів перебували у шлюбі або постійних партнерських стосунках, 37,1 % не перебували у стосунках, 10,9 % були у стосунках без спільного проживання, 7,9 % – розлучені (або в процесі розлучення), і 0,7 % – вдовці чи вдови. До вибірки увійшли як військовослужбовці (36,4 %), так і цивільні особи (63,6 %).

Опитувальник надавався учасникам на онлайн платформі Google Form.

Для вимірювання екзистенційної ізоляції використано Шкалу екзистенційної ізоляції (ШЕІ) – українську адаптацію Existential Isolation Scale. В англomовній статті, що супроводжує шкалу, екзистенційна ізоляція описується як переживання самотності у власному досвіді реальності; автори також наголошують на відмінності цього конструкта від звичайної міжособистісної самотності (Pinel et al., 2017). ШЕІ містить 6 тверджень, що відображають відчуття унікальності власного досвіду та труднощі у його розумінні оточенням. Респонденти оцінювали ступінь згоди з кожним твердженням на шкалі від 0 («цілком не згоден») до 9 («цілком згоден»). Приклади тверджень: «Я зазвичай відчуваю, що люди поділяють мої погляди на життя» (інвертований пункт) та «Інші люди зазвичай не розуміють моїх переживань». Високі підсумкові бали за шкалою інтерпретуються як високий рівень екзистенційної ізоляції (тобто відчуття, що власний внутрішній досвід не поділяється й не зрозумілий іншим).

Для вивчення конвергентної валідності та зв'язків із суміжними поняттями було використано додаткові стандартизовані опитувальники: методику «Види екзистенційної тривоги» (*Existential Concerns Questionnaire*,

ECQ) Вінсента ван Брюггена в адаптації В. В. Кучиної, у межах якої представлено шкали суб'єктивної та об'єктивної екзистенції; а також «Шкалу самотності» (*UCLA Loneliness Scale*) Деніеля Рассела і Мері Фергюсон в адаптації Кулаєвої Т.В.. Шкала суб'єктивної та об'єктивної екзистенції спрямовані на вимірювання внутрішнього («суб'єктивного») відчуття буття та зовнішніх критеріїв повноти буття особистості відповідно (ці показники доповнюють характеристику екзистенційного стану людини). Шкала екзистенційної тривоги оцінює рівень тривожності, пов'язаної з фундаментальними екзистенційними питаннями (наприклад, страх невідомості, смерть, свобода вибору тощо). Шкала самотності призначена для кількісної оцінки переживання соціальної ізоляції та дефіциту близьких стосунків. Усі опитувальники пройшли процедури перекладу та адаптації українською мовою та продемонстрували прийнятні показники надійності у попередніх дослідженнях.

Обробка даних. Зібрані дані опитування були проаналізовані засобами описової статистики та психометричного аналізу. Розраховано середні значення, медіани, стандартні відхилення, а також мінімальні та максимальні отримані значення для кожної шкали. Для Шкали екзистенційної ізоляції проведено аналіз внутрішньої консистентності: обчислено коефіцієнти α Кронбаха та ω Макдональда для оцінки надійності шкали.

Задля перевірки структури методики застосовано експлораторний факторний аналіз (метод головних осей з облімін-ротацією), з обчисленням власних значень факторів, частки дисперсії та індексів відповідності моделі.

Статистичні гіпотези перевірялися при рівні значущості $p \leq 0,05$.

Розраховано кореляції Пірсона між показниками ШЕІ та додатковими шкалами (суб'єктивна/об'єктивна екзистенція, екзистенційна тривога, самотність) з метою встановлення валідності конструкту.

В цілому показники за адаптованими шкалами продемонстрували достатню варіативність у вибірці, близьку до нормального розподілу. Табл.2.1 подає описові статистики для ШЕІ та додаткових шкал.

Таблиця 2.1

Описові статистики для шкал екзистенційної ізоляції та суміжних
конструктів (N = 302)

Шкала	M	SD	Медіана	Мін.	Макс.
Екзистенційна ізоляція (ШЕІ)	29,3	6,18	29,0	6	46
Суб'єктивна екзистенція	18,2	6,10	17,0	8	39
Об'єктивна екзистенція	30,5	10,38	29,0	13	65
Екзистенційна тривога	48,7	16,04	46,0	21	104
Самотність	20,8	13,91	18,0	0	56

Середній підсумковий бал за Шкалою екзистенційної ізоляції становив 29,3 при стандартному відхиленні 6,18 (медіана = 29,0). Отримані значення охоплювали майже повний діапазон теоретично можливих результатів (від 6 до 46 балів у вибірці). Це свідчить, що в групі респондентів загальний рівень екзистенційної ізоляції варіював від вкрай низького до досить високого, зі середньою тенденцією до помірного рівня. Для додаткових показників зафіксовано такі результати: середній бал за суб'єктивною екзистенцією – 18,2 (SD = 6,10; медіана = 17,0; мінімум = 8, максимум = 39), за об'єктивною екзистенцією – 30,5 (SD = 10,38; медіана = 29,0; мінімум = 13, максимум = 65). Розподіли цих шкал були зміщені ближче до середнього рівня: наприклад, за об'єктивною екзистенцією респонденти в середньому набрали менш ніж половину максимально можливого балу, що може вказувати на наявність нереалізованих аспектів зовнішнього буття у частини опитаних. Екзистенційна тривога у вибірці виявилася на середньому рівні: M = 48,7 (SD = 16,04; медіана = 46,0; мінімум = 21, максимум = 104). Отримане середнє значення складає приблизно 47 % від теоретично можливого максимального балу, що говорить про помірну інтенсивність екзистенційної тривоги в середньому по вибірці. За шкалою самотності середній показник дорівнював 20,8 балів (SD = 13,91; медіана = 18,0). Мінімальне значення дорівнювало 0, тоді як максимальне – 56, тобто окремі учасники зовсім не відчували самотності, тоді як

інші – демонстрували дуже високий рівень почуття самотності. Більше половини опитаних (55,6 %) набрали низькі бали за шкалою самотності, що відповідає низькому рівню самотності, третина (31,8 %) – середній рівень, і 12,6 % – високий рівень самотності. Отже, у більшості респондентів не виявлено вираженого відчуття соціальної ізоляції, проте близько 13 % переживають самотність на високому рівні.

Внутрішня узгодженість та факторна структура шкали (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Внутрішня узгодженість Шкали екзистенційної ізоляції (до та після реверсного кодування пунктів 4 і 5)

Варіант підрахунку шкали	Cronbach's α	McDonald's ω
До реверсу пунктів 4 і 5 (сирі бали)	0,440	0,602
Після реверсу пунктів 4 і 5	0,754	0,764

Первинна оцінка надійності Шкали екзистенційної ізоляції у «класичному» варіанті (за ключуванням, що впливає з тексту опитувальника) показала недостатню внутрішню узгодженість: коефіцієнт α Кронбаха = 0,440, а ω Макдональда = 0,602. Такий низький показник зумовлений тим, що два негативно сформульовані твердження (пункт 4: «Люди не часто поділяють мою точку зору» та пункт 5: «Інші люди зазвичай не розуміють моїх переживань») мали від'ємні кореляції із загальним підсумком шкали. Інакше кажучи, відповіді респондентів на ці пункти не узгоджувалися з відповідями на інші твердження: ті, хто набрав високі бали за пунктами 4–5, набирали відносно низькі підсумкові бали за шкалою, і навпаки. Виявлення цього факту вказало на помилку в початковому кодуванні даних: необхідно було здійснити реверсне кодування пунктів 4 та 5 (оскільки за задумом методики твердження з негативною формою мають інтерпретуватися у тому ж напрямку, що й інші, після інверсії оцінок). Після коректного реверсування відповідей на пункти 4 та 5 показники надійності суттєво зросли: Cronbach's α = 0,754, ω = 0,764. Отже, внутрішня

консистентність шкали досягла прийнятного рівня ($\alpha > 0,7$). Аналіз внеску кожного пункту засвідчив, що всі 6 тверджень роблять позитивний і значущий вклад у вимірюваний конструкт: після реверсу пунктів 4–5 їхні кореляції «пункт-решта» склали 0,36 та 0,40 відповідно, тоді як для інших тверджень – від 0,53 до 0,59. Вилучення будь-якого з пунктів не призвело б до підвищення α , що підтверджує доцільність збереження всіх шести тверджень шкали.

Для перевірки факторної структури ШЕІ був застосований експлораторний факторний аналіз (ЕФА). Критерій Кайзера–Меєра–Олькіна (КМО) для шести пунктів склав 0,744, що свідчить про достатню адекватність вибірки для факторного аналізу. Бартлеттів тест сферичності був статистично значущим ($\chi^2 = 503$; $df = 15$; $p < 0,001$), тобто дані придатні для виявлення факторної структури. За допомогою методу головних факторів з облімін-ротацією було екстраговано два фактори із власними значеннями 2,18 та 0,51 відповідно. Перший фактор пояснював 32,6 % дисперсії, другий – додаткові 19,9 %, сумарно охоплюючи ~52,5 % варіативності відповідей. На рисунку 1 (ссее-плот) було візуалізовано виразний злам після першого фактору, що вказує на однофакторну природу шкали. В ненормованому рішенні ЕФА всі прямі (не інвертовані) твердження (пункти 1, 2, 3, 6) мали найбільші завантаження на фактор 1 (0,52–0,90) та практично не вантажилися на фактор 2. Натомість пункти 4 та 5 вантажилися виключно на фактор 2 (коефіцієнти 0,64 та 0,79). Кореляція між двома факторами в двофакторному рішенні була від’ємною ($r = -0,281$). Така конфігурація свідчить, що виділення другого фактору обумовлено саме протилежною полярністю пунктів 4–5 відносно інших – тобто методичним артефактом формулювань. Після врахування цього (через реверсне кодування) шкала фактично є одномірною. Іншими словами, ШЕІ вимірює єдиний латентний конструкт – екзистенційну ізоляцію як цілісне явище. Отримана одномірність відповідає теоретичній моделі авторів методики, згідно з якою екзистенційна ізоляція

розглядається як самостійний вимір, відмінний від соціальної ізоляції/самотності чи інших аспектів ізолюваності особистості.

Отримані дані дозволяють зробити попередні висновки щодо валідності методики. Зокрема, було проаналізовано кореляції між показником екзистенційної ізоляції та суміжними конструктами. Виявлено, що загальний бал за ШЕІ не має статистично значущого лінійного зв'язку з показником суб'єктивної екзистенції ($r = -0,01$; $p = 0,86$) або об'єктивної екзистенції ($r = 0,04$; $p = 0,55$). Це може вказувати на те, що відчуття екзистенційної ізоляції мало залежить від суб'єктивного переживання наповненості буття чи від об'єктивних критеріїв реалізації життєвого потенціалу. Інакше кажучи, навіть люди з високим рівнем усвідомленого смисложиттєвого наповнення можуть відчувати себе екзистенційно ізолюваними, і навпаки. Також не виявлено значущого зв'язку між екзистенційною ізоляцією та рівнем екзистенційної тривоги ($r = 0,02$; $p = 0,75$). Відсутність кореляції з екзистенційною тривожністю узгоджується з результатами інших досліджень і підкреслює унікальність феномену екзистенційної ізоляції: він не є простою проєкцією загальної тривоги, а відображає окремий аспект екзистенційного досвіду особистості. Варто зауважити, що показник екзистенційної ізоляції помірно корелює з рівнем пережитої самотності: у нашому дослідженні респонденти з високими балами за ШЕІ частіше належали до групи з високим рівнем самотності (ф-кореляція між належністю до групи «висока самотність» і верхнім квантилем ШЕІ склала приблизно 0,30, $p < 0,001$), що свідчить про те, що екзистенційна ізоляція пов'язана із соціальною ізоляцією, але не зводиться до неї повністю. Загалом, адаптована Шкала екзистенційної ізоляції продемонструвала добрі психометричні властивості в українській вибірці та може бути рекомендована для використання у наукових дослідженнях. Одномірна структура, прийнятна внутрішня узгодженість і логічні зв'язки (та їхня відсутність там, де це теоретично очікувано) підтверджують валідність ШЕІ як інструмента вимірювання саме екзистенційної ізоляції.

У контексті цієї магістерської роботи використання Шкали екзистенційної ізоляції є методично виправданим, оскільки вона дозволяє зафіксувати один із найтонших вимірів суб'єктивної дезінтеграції – відчуття того, що твій внутрішній досвід не знаходить відгуку в інших. Це особливо релевантно за умов війни, коли життєві переживання окремих груп можуть різко розходитись за інтенсивністю і змістом.

Ще одним центральним інструментом є *опитувальник «Види екзистенційної тривоги»* Вінцента ван Брюггена, який являє собою українську версію Existential Concerns Questionnaire (ECQ) (Кучина, 2020).

У наданій статті наголошується, що адаптація цього інструменту була зумовлена відсутністю в україномовному психологічному просторі методики, здатної диференціювати базові види екзистенційної тривоги. Англomовна версія опитувальника (van Bruggen et al., 2017) спирається на п'ятифакторну модель, яка охоплює страх смерті, самотності, ідентифікації, втрати сенсу та провини. Український варіант було модифіковано: він зберіг 22 запитання, але, крім скорочення і перегляду шкал, доповнився новою моделлю з двома окремими вимірами – суб'єктивною та об'єктивною екзистенцією (Кучина, 2020). Опитувальник адаптовано за процедурою прямого і зворотного перекладу, а також перевірено за показниками внутрішньої узгодженості, факторної структури, конструктивної, дискримінантної та конкурентної валідності. У дослідженні адаптації взяв участь 251 респондент віком від 18 до 65 років. Формат відповідей подано як п'ятибальний, від «ніколи» до «завжди». Для загальної шкали було отримано α Кронбаха 0,801, тоді як на рівні окремих шкал найкращі показники продемонструвала шкала страху смерті, а інші субшкали виявили нижчу внутрішню узгодженість, що авторка розглядає як підставу для подальшого вдосконалення інструменту. Для цього дослідження опитувальник є принципово значущим, оскільки дозволяє вимірювати не просто загальний тривожний фон, а саме екзистенційний зміст тривоги, який у ситуації війни набуває особливої гостроти.

У масиві розрахунків як окремий показник також використовувалася

авторська адаптація Кулаєвої Т.В., Методики Д. Рассела та М. Ферргюсона «Шкала самотності», (UCLA Loneliness Scale) (Russell, 1996; Кулаєва, 2023).

Вибір саме цієї версії опитувальника є теоретично та змістовно обґрунтованим, оскільки він дозволяє розширити діагностичне поле дослідження, додаючи до аналізу екзистенційної ізоляції показники міжособистісного та соціального відчуження. Попри те, що на сьогодні в Україні відсутня єдина офіційно стандартизована версія даної шкали, вона активно впроваджується у науковий обіг через апробацію в окремих дослідницьких центрах. Зокрема, використаний у роботі варіант пройшов ретельну психометричну перевірку на базі ДЗВО «Університет менеджменту освіти» на вибірці з 150 дорослих осіб, що підтверджується відповідними статистичними розрахунками надійності та придатності (Кулаєва, 2023).

Структурно методика представлена 20 твердженнями, які респондент має оцінити за чотирибальною шкалою від «ніколи» до «завжди», що дозволяє диференціювати інтенсивність переживання самотності. Психометрична спроможність цієї адаптації підтверджена розрахунком коефіцієнта α -Кронбаха, який становить 0,665, що з огляду на вимоги до психодіагностичного інструментарію вважається допустимим показником для соціально-психологічних вимірювань. Додатковим доказом внутрішньої стабільності тесту є коефіцієнт кореляції за методом розщеплення Гаттмана, що дорівнює 0,748, а також результати аналізу значущості кожного пункту через показник α -Кронбаха при виключенні окремих питань.

Включення даного показника до загального масиву емпіричних змінних дозволяє не лише визначити загальний рівень самотності у вибірці, а й провести чітку межу між глибинним онтологічним переживанням відокремленості та дефіцитом міжособистісної взаємодії. Таким чином, використання авторської адаптації UCLA Loneliness Scale є валідним кроком, що відповідає методологічним стандартам магістерського дослідження та забезпечує високу точність вимірювання досліджуваного конструкту.

Отже, психодіагностичний інструментарій дослідження сформовано

таким чином, щоб охопити кілька взаємопов'язаних сфер психологічного досвіду в умовах війни: екзистенційну відокремленість, самотність, кризові суїцидальні переживання, моральну травматизацію та екзистенційне напруження. Саме комплексність цього набору методик створює передумови для багатовимірного аналізу, який не обмежується одним симптомом або одним рівнем психічного функціонування.

2.3. Характеристика вибірки дослідження

Емпіричну вибірку дослідження становить 191 респондент, усі з яких вказали чоловічу стать. За статусом вибірка майже рівномірно поділялася на дві основні групи: 92 цивільні особи, що становить 48,2 %, та 99 осіб із військовим досвідом, що становить 51,8 %. При детальнішому статусному розподілі зафіксовано 92 цивільних, 96 діючих військовослужбовців і 3 ветеранів. Така структура вибірки є методично цінною, оскільки дозволяє зіставляти показники цивільного та військового досвіду в межах одного дослідження, при цьому не втрачаючи зв'язку з реальним соціальним контекстом війни.

За сімейним станом вибірка також є неоднорідною (рис. 2.1). Найбільшу частку становили респонденти, які перебували у шлюбі або постійних партнерських стосунках – 83 особи, або 43,5 %. Ще 15 осіб (7,9 %) повідомили, що перебувають у стосунках, але не проживають разом. 69 респондентів (36,1 %) зазначили, що не перебувають у стосунках, 23 особи (12,0 %) були розлученими або в процесі розлучення, і ще 1 респондент (0,5 %) вказав статус вдівця. Така варіативність сімейного стану є важливою з огляду на те, що соціальні зв'язки та їхня стабільність можуть бути значущими для переживання самотності, кризового дистресу та морального напруження.

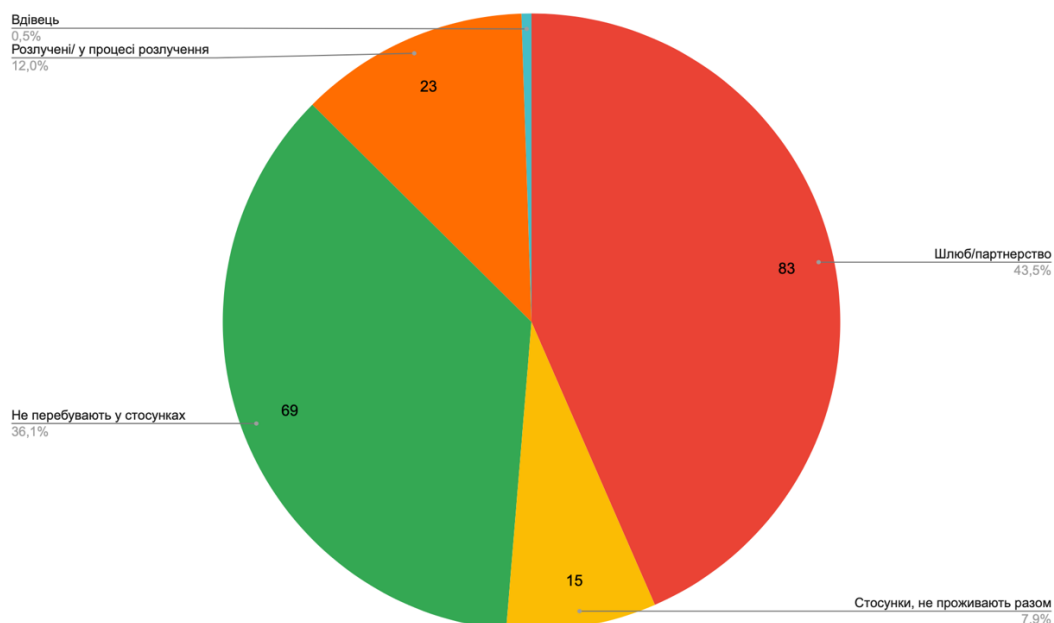


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за сімейним станом

Майже всі особи з нашої вибірки досліджуваних на момент початку повномасштабного вторгнення перебували в Україні: 188 осіб, або 98,4 %, зазначили, що 24 лютого 2022 року знаходилися на території України, тоді як лише 3 особи (1,6 %) були за кордоном.

Окремо важливою є змінна, пов'язана з втратами близьких унаслідок війни: про наявність таких втрат повідомили 112 респондентів (58,6 %), тоді як 79 осіб (41,4 %) відповіли заперечно (рис.2.2). Уже на рівні загального опису ці дані свідчать, що більшість досліджуваних мала безпосередній особистісно значущий досвід війни, який виходить за межі абстрактного соціального тла і торкається сфери міжособистісної втрати.

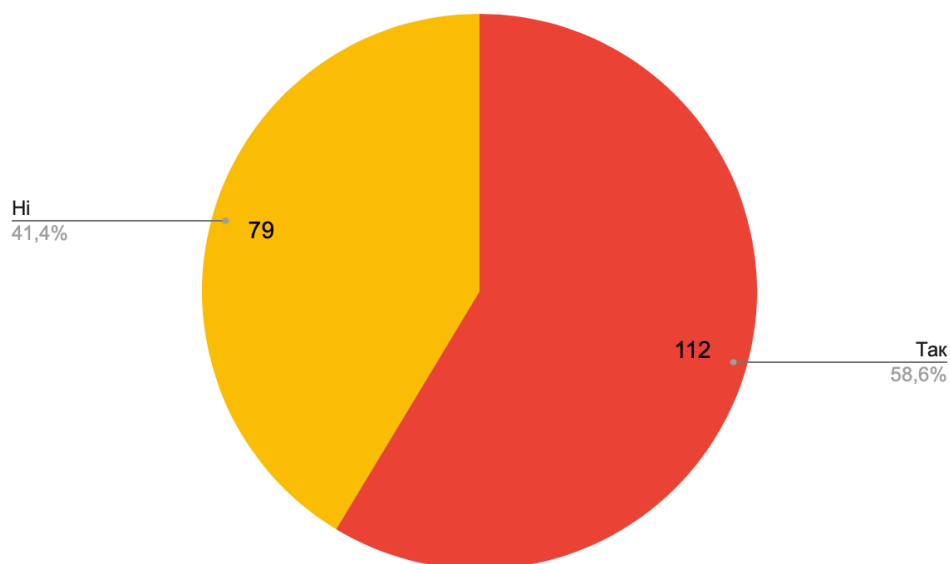


Рис. 2.2. Поширеність втрат близьких унаслідок війни серед респондентів

У групі цивільних переважна більшість респондентів на момент дослідження продовжувала перебувати в Україні – 90 осіб (97,8 %), тоді як за кордоном знаходилися 2 особи (2,2 %). Щодо зміни місця проживання після повномасштабного вторгнення, 63 цивільних (68,5 %) зазначили, що не змінювали постійного місця проживання, 24 особи (26,1 %) були вимушено переміщені в межах України, а 5 осіб (5,4 %) – за кордон.

Крім того, майже половина цивільних, а саме 45 осіб (48,9 %), мали родичів, які проходять службу, тоді як 47 осіб (51,1 %) такої обставини не зазначили (рис. 2.3). Це свідчить, що навіть у групі цивільних воєнний досвід значною мірою опосередковується через близьке соціальне оточення.

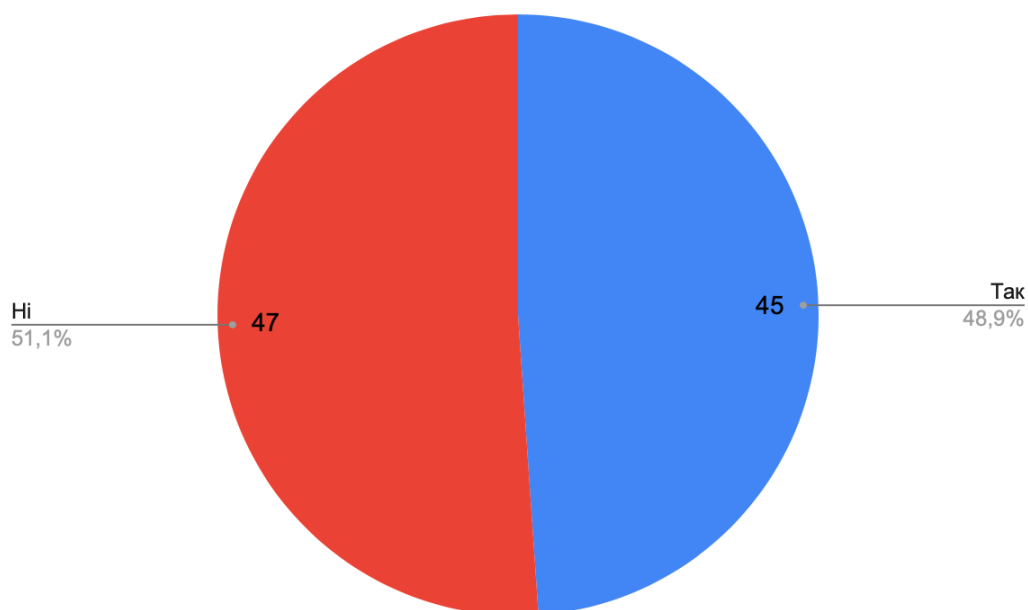


Рис. 2.3. Розподіл цивільних респондентів за наявністю родичів, які проходять військову службу

Група військових респондентів характеризується високим рівнем безпосередньої залученості до бойових подій. 88 осіб із 99, тобто 88,9 %, повідомили про безпосередню участь у військових діях, тоді як 11 осіб (11,1 %) відповіли заперечно (рис. 2.4).

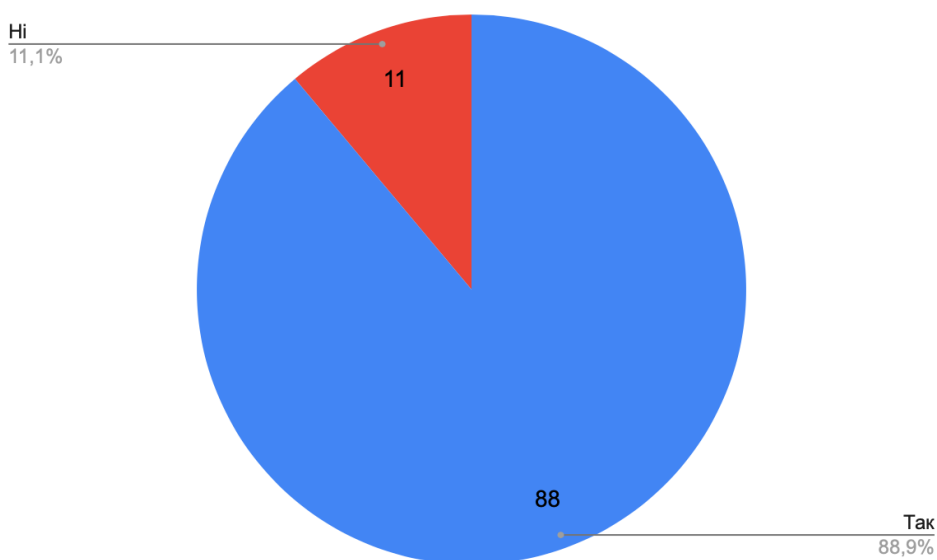


Рис. 2.4. Розподіл військових за участю у бойових діях

Про поранення внаслідок війни повідомили 57 військових (57,6 %), а

42 особи (42,4 %) поранень не мали (рис. 2.5). Показник незаконного утримання є поодиноким: про такий досвід повідомив 1 респондент (1,0 %), тоді як 98 осіб (99,0 %) його не зазначили.

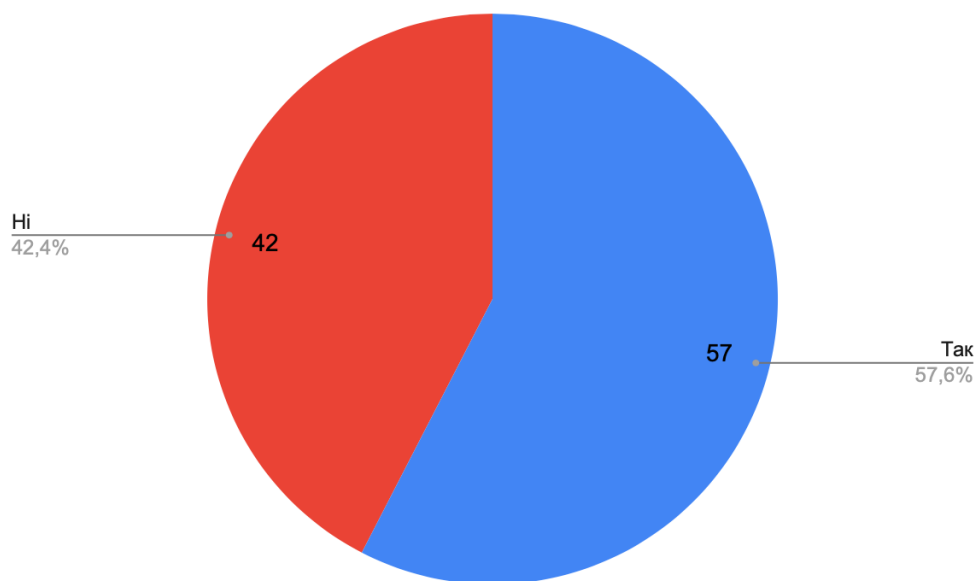


Рис. 2.5. Досвід поранень серед військових респондентів

Отже, група військових представлена переважно особами з прямим бойовим досвідом, а для значної частини – також із досвідом фізичного ушкодження, що робить її особливо значущою для вивчення психологічних наслідків війни.

Висновки до розділу 2

Побудова емпіричного дослідження ґрунтувалася на кількісному порівняльному підході, який дозволяє дослідити як міжгрупові відмінності між цивільними та військовослужбовцями, так і внутрішню структуру взаємозв'язків між психологічними показниками. Такий дизайн відповідає меті дослідження, оскільки дає змогу аналізувати синдром суїцидальної кризи не як ізольований феномен, а як результат взаємодії екзистенційних, моральних та емоційних переживань особистості в умовах тривалого воєнного стресу.

Теоретична модель дослідження базується на припущенні про системний характер взаємозв'язків між моральною травмою, екзистенційною

ізоляцією, екзистенційною тривогою, самотністю та суїцидальною кризою. У межах цієї моделі синдром суїцидальної кризи розглядається як інтегральний показник психологічної дезадаптації, а екзистенційна ізоляція та екзистенційна тривога визначаються як ключові психологічні механізми, через які моральна травматизація та переживання самотності можуть посилювати кризовий стан особистості. Відповідно до цього було сформульовано систему гіпотез, спрямованих на перевірку міжгрупових відмінностей, характеру взаємозв'язків між досліджуваними змінними та їхнього предиктивного внеску у формування суїцидально-кризових переживань.

Психодіагностичний інструментарій дослідження сформовано відповідно до його теоретичної моделі та завдань. До комплексу методик увійшли адаптовані та психометрично перевірені інструменти для оцінювання симптомів моральної травми, суїцидальної кризи, екзистенційної ізоляції, екзистенційної тривоги та самотності. Використані методики дозволяють охопити різні рівні психологічного функціонування — від глибинних екзистенційних переживань до актуального кризового стану особистості. Їх застосування забезпечує можливість комплексного аналізу психологічної вразливості в умовах війни та створює підстави для дослідження як окремих проявів дистресу, так і їхньої внутрішньої психологічної структури.

Емпірична вибірка дослідження включала 191 чоловіка, серед яких 92 цивільних та 99 осіб із військовим досвідом. Структура вибірки відображає реальний соціально-психологічний контекст війни, оскільки значна частина респондентів мала безпосередній досвід бойових дій, поранень, втрати близьких, вимушених переміщень та постійного перебування в умовах воєнного стресу. Військова група представлена переважно учасниками бойових дій, а цивільна — особами, значна частина яких також опосередковано включена у воєнний контекст через втрати або службу близьких родичів. Це підвищує змістову релевантність вибірки та дозволяє

аналізувати психологічні наслідки війни у двох різних, але взаємопов'язаних соціальних групах.

Організація дослідження передбачала кілька послідовних етапів: формування емпіричного масиву даних, структурування вибірки, первинне статистичне опрацювання результатів, а також проведення порівняльного, кореляційного та регресійного аналізу. Такий підхід дозволяє не лише виявити статистично значущі відмінності між цивільними та військовослужбовцями, а й встановити характер психологічних взаємозв'язків між досліджуваними показниками та визначити чинники, пов'язані з вираженістю синдрому суїцидальної кризи.

Отже, сформована методична база дослідження є цілісною та достатньо обґрунтованою для подальшої емпіричної перевірки висунутих гіпотез. Поєднання концептуально узгодженої теоретичної моделі, комплексного психодіагностичного інструментарію, релевантної вибірки та багаторівневого статистичного аналізу створює підстави для подальшого вивчення психологічних чинників синдрому суїцидальної кризи в українських чоловіків в умовах війни.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СИНДРОМУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ КРИЗИ В УКРАЇНСЬКИХ ЧОЛОВІКІВ

3.1. Описові статистики та порівняльний аналіз

На етапі емпіричного аналізу було здійснено послідовне опрацювання отриманих даних, що включало описову статистику, перевірку характеру розподілу показників, порівняння груп за основними психологічними змінними, кореляційний аналіз та побудову регресійних моделей.. Така логіка дала змогу не лише описати загальний профіль вибірки, а й виявити внутрішні зв'язки між показниками екзистенційної ізоляції, суїцидальної кризи, моральної травми, екзистенційної тривоги, самотності, а також суб'єктивної й об'єктивної екзистенції.

Насамперед було проаналізовано описові характеристики показників у групах військових та цивільних (табл 3.1).

Таблиця 3.1.

Описові статистики досліджуваних психологічних показників

	Військові		Цивільні	
	Середні значення	Стандартне відхилення	Середні значення	Стандартне відхилення
Шкала екзистенційної ізоляції	29.0	6.72	28.9	6.79
Шкала самогубства у кризових ситуаціях (КОСА)	14.6	8.91	18.8	8.52
Шкала симптомів моральної травми	41.4	16.69	47.6	13.47
Суб'єктивна екзистенція	16.3	5.69	18.3	5.60
Об'єктивна екзистенція	26.4	9.92	31.1	8.39
Шкала екзистенційної тривоги	42.7	15.18	49.3	13.50
Шкала самотності	16.2	13.22	23.1	12.79

Порівняльний аналіз результатів описових статистик свідчить про наявність як спільних, так і відмінних характеристик психологічного функціонування у військових та цивільних респондентів.

Зокрема, рівень екзистенційної ізоляції в обох групах є близьким за значеннями, що вказує на подібний ступінь переживання відчуженості та екзистенційної відокремленості незалежно від умов життєдіяльності. Це може свідчити про універсальність даного феномену.

Водночас військові демонструють нижчу вираженість суїцидальних тенденцій у кризових ситуаціях порівняно з цивільними, що може бути пов'язано з наявністю досвіду дій в екстремальних умовах, сформованими стратегіями подолання та більшою структурованістю середовища. Натомість у цивільних ці прояви є інтенсивнішими, що може відображати більшу вразливість до кризових переживань.

Щодо симптомів моральної травми, військові характеризуються меншою їх вираженістю, що може свідчити про дію механізмів психологічної адаптації або професійної нормалізації травматичного досвіду. У цивільних, відповідно, спостерігається більша інтенсивність морально-психологічних переживань.

Аналіз показників суб'єктивної та об'єктивної екзистенції свідчить, що військові мають нижчий рівень їх прояву, що може бути пов'язано з обмеженням можливостей для рефлексії та самореалізації в умовах служби. Водночас цивільні демонструють вищий рівень усвідомлення та реалізації екзистенційних смислів.

Подібна тенденція простежується і щодо екзистенційної тривоги: військові характеризуються меншою інтенсивністю переживання фундаментальних екзистенційних питань, що може пояснюватися фокусом на конкретних завданнях і діях. У цивільних, навпаки, ці переживання є більш вираженими.

Особливо показовими є відмінності у переживанні самотності: військові демонструють нижчий рівень суб'єктивного відчуття ізольованості,

що може бути зумовлено високим рівнем групової згуртованості та соціальної підтримки у військових колективах. Натомість цивільні частіше відчують самотність, що може відображати менш стабільні соціальні зв'язки.

Військові загалом характеризуються меншою вираженістю кризових та екзистенційно напружених станів, що може свідчити про ефективні адаптаційні механізми, сформовані в умовах професійної діяльності. Водночас цивільна група демонструє більшу інтенсивність як екзистенційних переживань, так і психологічної вразливості до кризових ситуацій.

Таким чином, отримані описові характеристики загалом підтверджують доцільність подальшого статистичного опрацювання даних, оскільки вибірка демонструє достатній рівень варіативності та структурної неоднорідності, необхідний для виявлення стійких психологічних закономірностей.

Перевірка характеру розподілу показників здійснювалася за критерієм Шапіро-Уїлка (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Результати перевірки нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Віллка

Змінна	Військові		Цивільні	
	W	p	W	p
Шкала екзистенційної ізоляції	0.979	0.115	0.947	<0.001
Шкала самогубства у кризових ситуаціях (КОСА)	0.959	0.004	0.973	0.053
Шкала симптомів моральної травми	0.982	0.191	0.969	0.028
Суб'єктивна екзистенція	0.925	<0.001	0.959	0.006
Об'єктивна екзистенція	0.921	<0.001	0.969	0.027
Шкала екзистенційної тривоги	0.916	<0.001	0.963	0.011
Шкала самотності	0.916	<0.001	0.955	0.003

Результати перевірки нормальності розподілу (критерій Шапіро-Уїлка) демонструють різну структуру розподілів досліджуваних показників у цивільній та військовій вибірках.

У цивільних респондентів спостерігається переважне відхилення від нормального розподілу для більшості змінних. Зокрема, значущі відхилення зафіксовано для шкал екзистенційної ізоляції, симптомів моральної травми, суб'єктивної та об'єктивної екзистенції, екзистенційної тривоги, а також самотності. Водночас показник суїцидальної кризи (КОСА) демонструє граничне наближення до нормального розподілу, що може свідчити про відносно рівномірніший розподіл цього феномена в межах цивільної вибірки.

У військовій групі ситуація є частково відмінною: для частини змінних (зокрема шкали екзистенційної ізоляції та симптомів моральної травми) нормальність розподілу не порушується, що свідчить про відносно стабільний характер їх варіативності. Водночас інші показники, включно із суїцидальною кризою, екзистенційною тривогою, самотністю та екзистенційними параметрами, демонструють статистично значущі відхилення від нормального розподілу, що вказує на наявність асиметрії та неоднорідності розподілів у межах цієї групи.

З урахуванням результатів критерію Шапіро-Уїлка, які виявили відхилення від нормального розподілу для більшості змінних в обох вибірках, для подальшого аналізу взаємозв'язків обрано непараметричний підхід.

Зокрема, для порівняння незалежних вибірок застосовано U-критерій Манна-Уїтні, а для аналізу кореляційних зв'язків – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, що є методологічно обґрунтованим у випадку відхилення від нормальності розподілу даних.

Наступним етапом став аналіз міжгрупових відмінностей між цивільними та військовими респондентами (табл 3.3).

Таблиця 3.3.

Порівняння показників цивільних і військових респондентів за
U-критерієм Манна–Уїтні

Шкала	Цивільні M (SD); Me	Військові M (SD); Me	U	p	r _{rb}
Екзистенційна ізоляція	28,9 (6,79); 30,0	29,0 (6,72); 29,0	4301	0,508	0,056
КОСА	18,8 (8,52); 20,0	14,6 (8,91); 14,0	3277	< 0,001	0,280
Симптоми моральної травми	47,6 (13,47); 46,0	41,4 (16,69); 40,0	3479	0,005	0,236
Суб'єктивна екзистенція	18,3 (5,60); 17,5	16,3 (5,69); 16,0	3583	0,011	0,213
Об'єктивна екзистенція	31,1 (8,39); 30,0	26,4 (9,92); 25,0	3045	< 0,001	0,331
Екзистенційна тривога	49,3 (13,50); 47,0	42,7 (15,18); 39,0	3176	< 0,001	0,303
Самотність	23,1 (12,79); 19,5	16,2 (13,22); 13,0	3073	< 0,001	0,325

Отримані результати вказують на відсутність статистично значущих відмінностей між групами лише за показником екзистенційної ізоляції. Це свідчить про те, що переживання екзистенційної ізоляції не є специфічною характеристикою, яка дозволяє розрізняти цивільних і військових респондентів у межах досліджуваної вибірки. Іншими словами, рівень цього феномена виявився відносно подібним у двох соціальних групах, що може вказувати на його універсальний характер у контексті сучасних життєвих обставин респондентів.

Натомість за більшістю інших досліджуваних показників виявлено статистично значущі міжгрупові відмінності, що свідчить про наявність специфічних особливостей психологічного функціонування цивільних і військових респондентів. Зокрема, цивільна група демонструє більш виражені прояви суїцидальної кризи у кризових ситуаціях, вищий рівень симптомів моральної травми, а також більш інтенсивні прояви екзистенційної тривоги та самотності. Подібна тенденція простежується і щодо показників екзистенційного функціонування (об'єктивна екзистенція та

суб'єктивна екзистенція), де також фіксується більш напружений психологічний профіль у цивільних респондентів.

Таким чином, результати міжгрупового аналізу дозволяють зробити висновок про існування певної диференціації між цивільними та військовими респондентами за низкою показників екзистенційного функціонування, суїцидальної кризи, моральної травматизації, екзистенційної тривоги та самотності. Водночас відсутність відмінностей за екзистенційною ізоляцією може свідчити про більш загальний характер цього переживання, яке не залежить від належності до тієї чи іншої соціальної групи у межах дослідження.

Окремо було проаналізовано відмінності психологічних показників серед цивільних респондентів залежно від наявності досвіду втрати близьких внаслідок війни (табл.3.4.). Загалом було виявлено, що в більшості вимірюваних характеристик значущих відмінностей між тими, хто пережив втрату близьких внаслідок війни, і тими, хто її не мав, не спостерігається.

Таблиця 3.4.

Відмінності показників у цивільних респондентів за наявністю втрати близьких внаслідок війни за U-критерієм Манна–Уїтні

Шкала	З втратами М (SD); Me	Без втрат М (SD); Me	U	p	r _{rb}
Екзистенційна ізоляція	28.9(7.10); 29.5	29.0(6.23); 30.0	4408	0.967	0.00362
КОСА	17.7(8.97); 18.0	15.1(8.78); 14.0	3663	0.043	0.17202
Симптоми моральної травми	45.9(15.88); 44.5	42.3(14.80); 41.0	3788	0.091	0.14376
Суб'єктивна екзистенція	17.8(6.22); 16.5	16.5(4.83); 16.0	4006	0.266	0.09448
Об'єктивна екзистенція	30.0(10.20); 29.0	26.8(8.09); 25.0	3667	0.044	0.17111
Екзистенційна тривога	47.8(15.98); 46.0	43.3(12.41); 41.0	3784	0.089	0.14478
Самотність	20.0(13.59); 17.5	18.9(13.29); 17.	4226	0.599	0.04487

Зокрема, за показниками екзистенційної ізоляції, моральної травми, суб'єктивної екзистенції, екзистенційної тривоги та самотності істотних

статистичних відмінностей не виявлено. Це свідчить про відносну подібність цих психологічних станів у двох підгрупах цивільних респондентів незалежно від наявності втрати.

Водночас було встановлено, що респонденти, які мали досвід втрати близьких унаслідок війни, демонстрували більш виражені прояви кризового суїцидального стану, що відображає вищий рівень психологічної вразливості в цій сфері. Також у цій же групі досліджуваних виявлено статистично значущо вищі показники об'єктивної екзистенції, що може вказувати на зміну зовнішньо орієнтованих аспектів життєвого функціонування та їх сприйняття реальності після пережитої втрати.

Отже, отримані результати вказують на те, що досвід втрати близьких внаслідок війни не супроводжується тотальними змінами всіх досліджуваних психологічних характеристик. Однак – пов'язаний із підвищеною вираженістю окремих критичних станів, насамперед у сфері кризової суїцидальності та об'єктивної екзистенційної оцінки.

Додатково в межах групи цивільних було проаналізовано відмінності між респондентами, які мають родичів, що проходять військову службу, і тими, хто таких родичів не має (табл.3.5.). Отримані результати свідчать про відсутність статистично значущих відмінностей за більшістю досліджуваних психологічних показників.

Таблиця 3.5

Відмінності показників у цивільних респондентів за наявності родичів, що проходять військову службу за U-критерієм Манна–Уїтні

Шкала	Є родичі на військовій службі M (SD); Me	Немає родичів на військовій службі M (SD); Me	U	p	r_{rb}
Екзистенційна ізоляція	29.8(7.69); 31.0	28.1(5.77); 30.0	823	0.067	0.2217
КОСА	17.8(8.83); 16.0	19.9(8.18); 20.0	905	0.234	0.1442
Симптоми моральної травми	50.6(13.32); 48.0	44.7(13.13); 43.0	791	0.037	0.2525

Продовження табл.3.5

Суб'єктивна екзистенція	18.8(5.63); 17.0	17.7(5.57); 18.0	949	0.396	0.1031
Об'єктивна екзистенція	31.3(8.32); 30.0	30.9(8.55); 30.0	1047	0.935	0.0104
Екзистенційна тривога	50.1(13.36); 46.0	48.6(13.73); 47.0		0.595	0.0648
Самотність	22.4(12.41); 19.0	23.8(13.25); 21.0	1011	0.716	0.0444

А саме, рівні екзистенційної ізоляції, суїцидальної кризи, суб'єктивної та об'єктивної екзистенції, екзистенційної тривоги, а також самотності були подібними в обох підгрупах цивільних респондентів, що вказує на стабільний характер прояву цих показників, незалежно від наявності родичів у військовій службі.

Разом із тим, було виявлено статистично значущі відмінності за показниками симптомів моральної травми. Цивільні респонденти, які мають родичів на військовій службі, демонстрували більш виражені прояви моральної травматизації порівняно з тими, хто не має такого досвіду. Це може свідчити про підвищену емоційну вразливість та посилене переживання подій війни через близький зв'язок із військовими.

Отже, отримані результати показують, що наявність родичів, які проходять військову службу, загалом не пов'язана зі значними змінами більшості психологічних показників. Водночас вона може бути пов'язана з підвищеним рівнем переживання моральної травматизації у цивільних респондентів.

3.2. Результати кореляційного аналізу

Наступним етапом обробки отриманих даних став кореляційний аналіз, який дав змогу оцінити, як окремі змінні пов'язані одна з одною. Для оцінювання зв'язків між показниками було використано коефіцієнт рангової

кореляції Спірмена (ρ), оскільки розподіл показників відхилявся від нормального.

Кореляційний аналіз, проведений у групі цивільних респондентів, загалом відтворює патерн зв'язків, що характеризується формуванням єдиної системи взаємопов'язаних показників психологічного дистресу, які переважно демонструють позитивні статистично значущі кореляції між собою (табл.3.6).

Таблиця 3.6.

Кореляційна матриця показників у групі цивільних

	Шкала екзистенційної ізоляції	Шкала самогубства у кризових ситуаціях (КОСА)	Шкали симптомів моральної травми	Суб'єктивна екзистенція	Об'єктивна екзистенція	Шкала екзистенційної тривоги	Шкала самотності
Шкала екзистенційної ізоляції	-	-	-	-	-	-	-
Шкала самогубства у кризових ситуаціях (SCI-2)	-0.184, $p = 0.078$	-	-	-	-	-	-
Шкала симптомів моральної травми	-0.057, $p = 0.593$	0.339*** , $p < 0.001$	-	-	-	-	-
Суб'єктивна екзистенція	-0.145, $p = 0.166$	0.566*** , $p < 0.001$	0.628*** , $p < 0.001$	-	-	-	-
Об'єктивна екзистенція	-0.172, $p = 0.102$	0.570*** , $p < 0.001$	0.546*** , $p < 0.001$	0.860*** , $p < 0.001$	-	-	-
Шкала екзистенційної тривоги	-0.155, $p = 0.140$	0.571*** , $p < 0.001$	0.610*** , $p < 0.001$	0.953*** , $p < 0.001$	0.970*** , $p < 0.001$	-	-
Шкала самотності	-0.117, $p = 0.265$	0.513*** , $p < 0.001$	0.509*** , $p < 0.001$	0.564*** , $p < 0.001$	0.574*** , $p < 0.001$	0.579*** , $p < 0.001$	-

Передусім, варто зазначити, що показники екзистенційної ізоляції не продемонстрували статистично значущих кореляцій із жодною з інших змінних, включених до аналізу. Незначущими залишилися її зв'язки як із показниками суїцидального ризику (КОСА), так і з симптомами моральної травми, параметрами суб'єктивної та об'єктивної екзистенції, рівнем

екзистенційної тривоги та самотності. Такий результат дозволяє інтерпретувати екзистенційну ізоляцію як відносно автономний психологічний конструкт, який у межах цивільної вибірки не інтегрується у загальну систему показників психологічного дистресу. Інакше кажучи, її варіації не супроводжуються систематичними змінами інших досліджуваних характеристик, що може вказувати на специфічність її механізмів або іншу рівневу організацію.

На противагу цьому, всі інші змінні формують щільно інтегровану мережу позитивних взаємозв'язків. Зокрема, показник суїцидальності у кризових ситуаціях (КОСА) виявляє статистично значущі прямі кореляції середньої та високої сили із симптомами моральної травми, а також із показниками суб'єктивної та об'єктивної екзистенції, екзистенційної тривоги та самотності. Це свідчить про те, що підвищення суїцидального ризику в цивільній групі супроводжується комплексним зростанням екзистенційного напруження, емоційної дезадаптації та переживання соціально-екзистенційної відчуженості. Таким чином, суїцидальність у даному контексті постає не ізольованим явищем, а елементом ширшого синдрому психологічного дистресу.

Схожий характер зв'язків демонструють і показники моральної травми, які позитивно та статистично значущо корелюють із усіма показниками екзистенційного функціонування та самотністю. Це вказує на те, що переживання моральної травми включене у загальний контекст екзистенційної напруги, посилюючи як суб'єктивне відчуття втрати сенсу та внутрішньої узгодженості, так і об'єктивні аспекти функціонування особистості, а також пов'язане зі зростанням тривоги та відчуттям ізольованості від інших.

Найбільш виражені кореляційні зв'язки зафіксовано між показниками екзистенційного функціонування. Зокрема, суб'єктивна екзистенція надзвичайно тісно пов'язана як з об'єктивною екзистенцією, так і з екзистенційною тривогою; аналогічно, об'єктивна екзистенція демонструє

дуже високий рівень зв'язку з екзистенційною тривогою. Величини цих коефіцієнтів свідчать про майже лінійну залежність між відповідними змінними, що може інтерпретуватися як емпіричне підтвердження їхньої концептуальної спорідненості. Водночас такі високі значення кореляцій потребують обережності в інтерпретації, оскільки можуть вказувати на часткове перекриття вимірюваних конструктів або їх недостатню дискримінантну валідність.

Показник самотності також займає важливе місце у структурі виявлених зв'язків. Він демонструє стабільні позитивні кореляції з усіма ключовими змінними, за винятком екзистенційної ізоляції, з якою зв'язок залишається статистично незначущим. Це дозволяє розглядати самотність як інтегральний індикатор загального психологічного неблагополуччя, який відображає як емоційні, так і екзистенційні аспекти дистресу. Її систематичні зв'язки з суїцидальністю, моральною травмою та екзистенційними показниками підкреслюють її роль у консолідації негативного психологічного досвіду.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що в групі цивільних осіб формується чітко структурована система взаємопов'язаних показників психологічного дистресу, ядро якої складають суїцидальність, моральна травма, екзистенційне функціонування та самотність. На цьому тлі екзистенційна ізоляція виступає як відокремлений конструкт, що не включається до цієї системи зв'язків, що є концептуально значущим результатом і потребує подальшого теоретичного осмислення.

Кореляційний аналіз у групі військовослужбовців виявив специфічну конфігурацію зв'язків між досліджуваними психологічними показниками (табл. 3.7), яка частково відрізняється від патернів, зафіксованих серед цивільних респондентів. Ці відмінності стосуються передусім ролі екзистенційної ізоляції, а також ступеня інтегрованості окремих компонентів психологічного дистресу.

Таблиця 3.7

Кореляційна матриця показників у групі військових

	Шкала екзистенційної ізоляції	Шкала самогубства у кризових ситуаціях (КОСА)	Шкали симптомів моральної травми	Суб'єктивна екзистенція	Об'єктивна екзистенція	Шкала екзистенційної тривоги	Шкала самотності
Шкала екзистенційної ізоляції	-	-	-	-	-	-	-
Шкала самогубства у кризових ситуаціях (КОСА)	0.226* , p=0.024	-	-	-	-	-	-
Шкала симптомів моральної травми	0.133, p=0.190	0.598*** , p < 0.001	-	-	-	-	-
Суб'єктивна екзистенція	0.106, p=0.297	0.598*** , p < 0.001	0.586*** , p < 0.001	-	-	-	-
Об'єктивна екзистенція	0.165, p=0.102	0.690*** , p < 0.001	0.699*** , p < 0.001	0.806*** , p < 0.001	-	-	-
Шкала екзистенційної тривоги	0.146, p=0.149	0.691*** , p < 0.001	0.692*** , p < 0.001	0.916*** , p < 0.001	0.972*** , p < 0.001	-	-
Шкала самотності	0.169, p=0.094	0.541*** , p < 0.001	0.726*** , p < 0.001	0.577*** , p < 0.001	0.735*** , p < 0.001	0.708*** , p < 0.001	-

Насамперед, на відміну від попередніх результатів, екзистенційна ізоляція у військовій групі демонструє статистично значущий позитивний зв'язок із показником суїцидальних переживань у кризових ситуаціях (КОСА). Хоча сила цього зв'язку є помірною, його наявність має принципове значення, оскільки свідчить про включеність екзистенційної ізоляції у структуру суїцидального ризику саме в умовах військового досвіду. Це може вказувати на те, що переживання глибинної відчуженості, неможливості бути зрозумілим іншими або поділитися власним екзистенційним досвідом у військовому контексті набуває більшої психологічної ваги та безпосередньо пов'язується з кризовими суїцидальними станами. Водночас її зв'язки з іншими змінними – симптомами моральної травми, показниками суб'єктивної та об'єктивної екзистенції, екзистенційною тривогою та

самотністю – не досягають рівня статистичної значущості, що дозволяє розглядати цей конструкт як відносно специфічний і обмежено інтегрований у ширшу мережу психологічних взаємозв'язків.

На противагу цьому, показник суїцидальності (КОСА) виявляє численні сильні та статистично значущі позитивні кореляції з усіма ключовими змінними, включеними до аналізу. Зокрема, він тісно пов'язаний із симптомами моральної травми, суб'єктивною та об'єктивною екзистенцією, екзистенційною тривогою та самотністю. Такий характер взаємозв'язків свідчить про те, що суїцидальні переживання у військовій вибірці є глибоко інтегрованими у загальний контекст психологічного дистресу, відображаючи комплексне порушення як екзистенційного функціонування, так і морально-ціннісної сфери, а також соціально-емоційного благополуччя.

Симптоми моральної травми, у свою чергу, також займають центральне місце у структурі виявлених кореляцій. Вони демонструють стабільні позитивні зв'язки високої сили з усіма показниками екзистенційного функціонування та самотністю. Це вказує на те, що моральна травма у військових не є ізольованим феноменом, а функціонує як ключовий компонент ширшого синдрому психологічного напруження, пов'язаного з порушенням смисложиттєвих орієнтацій, внутрішньої цілісності та відчуття зв'язку з іншими.

Особливої уваги заслуговують взаємозв'язки між показниками екзистенційного виміру. Суб'єктивна екзистенція демонструє дуже високі позитивні кореляції з об'єктивною екзистенцією, екзистенційною тривогою та самотністю, що свідчить про їхню тісну взаємозалежність. Об'єктивна екзистенція, у свою чергу, виявляє надзвичайно високі зв'язки з екзистенційною тривогою та самотністю, тоді як екзистенційна тривога також значною мірою корелює із самотністю. Величини цих коефіцієнтів наближаються до максимально можливих, що може свідчити не лише про високу узгодженість відповідних аспектів екзистенційного досвіду, але й про

потенційну концептуальну або операціоналізаційну близькість вимірюваних конструктів. У цьому контексті доцільно враховувати можливість їх часткового перекриття та обмеженої дискримінантної валідності.

Показник самотності також інтегрований у загальну систему зв'язків, демонструючи сильні позитивні кореляції з усіма ключовими змінними, включно із суїцидальністю та моральною травмою, а також з усіма показниками екзистенційного функціонування. Це дозволяє розглядати самотність як важливий маркер загального психологічного дистресу у групі військових, який відображає як емоційний, так і екзистенційний рівні переживання неблагополуччя.

Таким чином, отримані результати свідчать про формування у групі військових щільно інтегрованої системи психологічних показників, у центрі якої перебувають суїцидальні переживання та симптоми моральної травми, тісно пов'язані з високим рівнем екзистенційної тривоги, порушенням екзистенційного функціонування та переживанням самотності. На цьому тлі екзистенційна ізоляція зберігає відносно специфічний статус, будучи пов'язаною переважно із суїцидальним компонентом, що підкреслює її особливу роль у структурі психологічних ризиків саме у військовому контексті.

3.3. Результати регресійного аналізу

Після опису парних зв'язків було проведено множинний лінійний регресійний аналіз.

Оскільки екзистенційна ізоляція у групі цивільних чоловіків не продемонструвала статистично значущих кореляцій із показниками суїцидальної кризи та іншими досліджуваними змінними, вона не включалася до основних регресійних моделей як предиктор через відсутність достатніх емпіричних підстав для моделювання її впливу.

У військовій вибірці екзистенційна ізоляція була додатково включена до регресійного аналізу (Додаток Е), оскільки на етапі кореляційного аналізу

було виявлено її статистично значущий зв'язок із показником суїцидальної кризи. Водночас результати регресійного моделювання показали, що при одночасному врахуванні інших психологічних чинників її внесок у пояснення суїцидальної кризи не є статистично значущим. Це свідчить про те, що виявлений на рівні кореляцій зв'язок має опосередкований або контекстуальний характер і не зберігає самостійної предиктивної сили у багатофакторній моделі.

Враховуючи, що суб'єктивна та об'єктивна екзистенція є складовими показниками екзистенційної тривоги та демонструють дуже високі міжкореляції, їх одночасне включення до регресійної моделі разом із інтегральним показником є методично недоцільним. З огляду на це, у подальшому аналізі використано узагальнений показник екзистенційної тривоги як більш стабільний та інтерпретативно доцільний предиктор.

З метою виявлення психологічних чинників суїцидальної кризи було застосовано ієрархічний регресійний аналіз, який передбачає поетапне включення предикторів до моделі відповідно до їхньої теоретичної значущості. Такий підхід дозволяє не лише оцінити загальний внесок змінних у пояснення досліджуваного явища, але й визначити додаткову пояснювальну здатність кожного чинника при його послідовному введенні.

Вибір саме такої стратегії аналізу ґрунтувався на теоретичному припущенні про неоднорівневу природу психологічних чинників суїцидальної кризи в умовах війни.

Самотність і переживання моральної травми розглядалися як базові психотравмівні фактори, які тісно пов'язані з досвідом війни і можуть лежати в основі розвитку суїцидальної кризи. У дослідженнях ці стани часто описують як важливі чинники ризику появи суїцидальних думок і поведінки, тому їх було включено до моделі на першому етапі (McClelland et al., 2023; Griffin et al., 2025).

Натомість екзистенційна тривога розуміється як більш складне переживання, яке виникає вже на глибшому рівні. Вона може формуватися

під впливом самотності, втрати сенсу життя, внутрішніх моральних конфліктів і травматичного досвіду (Ключник, 2024; McKenna-Plumley et al., 2023). Саме тому цей показник було додано до моделі на другому етапі, щоб перевірити, чи дає він додаткове пояснення суїцидальної кризи понад базові фактори.

Крім того, доцільність включення екзистенційної тривоги на наступному етапі була підтверджена результатами кореляційного аналізу, які засвідчили наявність статистично значущих зв'язків між цією змінною та показниками суїцидальної кризи. Таким чином, обрана послідовність введення предикторів дозволила не лише перевірити їхню відносну вагомість, але й уточнити можливі психологічні механізми формування суїцидальної кризи в умовах війни.

У першій моделі множинного регресійного аналізу, у групі цивільних, з метою визначення внеску самотності та моральної травми у пояснення рівня суїцидальної кризи, було отримано статистично значущу модель, що свідчить про доцільність включення обраних предикторів (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Показники відповідності першої регресійної моделі (група цивільних)

Модель	R	R ²	Скориговани й R ²	AIC	СКО	F	df1	df2	p
1	0.503	0.253	0.237	636	7.33	15.1	2	89	<0.001

Отримані результати вказують на наявність помірного зв'язку між незалежними змінними та суїцидальною кризою, а також на те, що модель пояснює 25,3% варіації цього показника.

Аналіз предикторів (табл. 3.9) показав, що самотність виступає статистично значущим чинником суїцидальної кризи та має позитивний зв'язок із нею, тобто зі зростанням рівня самотності посилюються суїцидальні переживання у цивільних осіб. Водночас моральна травма не демонструє статистично значущого впливу, що свідчить про відсутність її

самостійного внеску у пояснення суїцидальної кризи в межах даної моделі.

Таблиця 3.9

Коефіцієнти першої моделі множинної лінійної регресії
(група цивільних)

Предиктор	Оцінка	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват ^a	8.1040	2.8649	2.83	0.006	
Шкала симптомів моральної травми	0.0911	0.0672	1.36	0.178	0.144
Шкала самотності	0.2764	0.0708	3.91	<0.001	0.415

Результати омнібусного дисперсійного аналізу підтверджують ці висновки: самотність робить значущий внесок у модель ($F = 15.25$, $p < 0.001$), тоді як моральна травма — ні ($F = 1.84$, $p = .178$).

Перевірка статистичних припущень регресійного аналізу показала, що модель відповідає основним вимогам. Зокрема, тест Дурбіна–Ватсона ($DW = 1.75$, $p = 0.222$) не виявив автокореляції залишків; показники мультиколінеарності знаходяться в допустимих межах ($VIF = 1.34$), що свідчить про відсутність проблем із надмірною взаємопов’язаністю предикторів; розподіл залишків не відрізняється від нормального (тест Шапіро–Вілка: $W = 0.986$, $p = 0.454$).

Аналогічно у першій моделі множинного регресійного аналізу, у групі військових, для визначення внеску самотності та моральної травми у пояснення рівня суїцидальної кризи, було також отримано статистично значущу модель, що підтверджує її загальну придатність для аналізу досліджуваного феномена.

Отримані результати (табл. 3.10) свідчать про доволі високий рівень пояснення варіації суїцидальної кризи (43%), що вказує на суттєву роль включених психологічних чинників у формуванні цього стану у військових.

Таблиця 3.10

Показники відповідності першої регресійної моделі
(група військових)

Модель	R	R ²	Скориговані й R ²	AIC	СКО	F	df1	df2	p
1	0.656	0.430	0.418	665	6.69	36.2	2	96	<.001

Аналіз окремих предикторів (табл.3. 11) показав, що моральна травма виступає провідним чинником у даній моделі та має виражений позитивний зв'язок із рівнем суїцидальної кризи. Це означає, що посилення проявів морально-травматичного досвіду супроводжується зростанням інтенсивності суїцидальних переживань. Натомість самотність не демонструє статистично значущого внеску, хоча може розглядатися як змінна з потенційним, але менш вираженим зв'язком із досліджуваним феноменом.

Таблиця 3.11

Коефіцієнти першої моделі множинної лінійної регресії
(група військових)

Предиктор	Оцінка	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват ^a	1.682	1.9441	0.865	0.389	
Шкала симптомів моральної травми	0.254	0.0619	4.112	<0.001	0.477
Шкала самотності	0.147	0.0781	1.883	0.063	0.218

Результати омнібусного дисперсійного аналізу підтверджують провідну роль моральної травми ($F = 16.91$, $p < 0.001$), тоді як внесок самотності є статистично незначущим ($F = 3.54$, $p = 0.063$).

Перевірка припущень регресійного аналізу засвідчила коректність побудованої моделі: відсутність автокореляції залишків (Durbin–Watson = 1.68, $p = 0.118$), відсутність суттєвої мультиколінеарності (VIF = 2.26) та нормальний розподіл залишків (Shapiro–Wilk = 0.982, $p = 0.208$).

Результати порівняння першої серії регресійних моделей свідчать про наявність вираженої групової специфіки у психологічній детермінації суїцидальної кризи у цивільних та військовослужбовців.

У групі цивільних чоловіків модель демонструє статистично значущу загальну відповідність і помірний рівень пояснювальної здатності. Провідним предиктором суїцидальної кризи виступає самотність, яка має стабільний позитивний зв'язок із залежною змінною. Це вказує на те, що у цивільних осіб формування суїцидальної кризи значною мірою пов'язане з переживанням самотності, а також дефіцитом підтримуючих міжособистісних зв'язків. Натомість симптоми моральної травми не виявляють статистично значущого внеску, що свідчить про їх обмежену роль у структурі пояснення даного феномена в цій групі.

У групі військовослужбовців модель також є статистично значущою, однак характеризується вищою пояснювальною здатністю порівняно з цивільною групою. Основним чинником суїцидальної кризи виступають симптоми моральної травми, які демонструють виражений позитивний зв'язок із залежною змінною. Це свідчить про те, що у військових суїцидальна криза формується переважно в контексті морально-травматичного досвіду, пов'язаного зі специфікою професійної діяльності та переживанням морально складних або внутрішньо конфліктних ситуацій. Водночас самотність не досягає рівня статистичної значущості, хоча зберігає тенденцію до слабкого зв'язку із суїцидальною кризою.

Таким чином, отримані результати засвідчують різні механізми психологічної детермінації суїцидальної кризи в досліджуваних групах. Для цивільних визначальним є соціально-ізоляційний компонент, пов'язаний із самотністю, тоді як для військовослужбовців провідну роль відіграє

морально-травматичний компонент. Це вказує на різну структуру психологічної вразливості та відмінні шляхи формування суїцидальних тенденцій залежно від соціального контексту респондентів.

Наступним етапом ієрархічного регресійного аналізу було розширення моделі шляхом включення екзистенційної тривоги як додаткового предиктора. Такий підхід ґрунтувався на припущенні про її можливу роль як більш глибокого екзистенційного чинника, що може уточнювати та посилювати вплив базових психотравматичних переживань на рівень суїцидальної кризи.

У другій моделі множинного регресійного аналізу, у групі цивільних, з метою визначення додаткового внеску екзистенційної тривоги у пояснення рівня суїцидальної кризи, було отримано статистично значущу модель, що підтверджує її придатність для аналізу досліджуваного феномена (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Показники відповідності другої регресійної моделі
(група цивільних)

Модель	R	R ²	Скориговані й R ²	AIC	СКО	F	df1	df2	p
2	0.619	0.383	0.362	620	6.66	18.2	3	88	<0.001

Отримані результати свідчать, що після включення екзистенційної тривоги структура зв'язків між психологічними чинниками та суїцидальною кризою змінюється. Дана модель пояснює 38,3% варіації рівня суїцидальної кризи, що вказує на суттєве підвищення її пояснювальної здатності після включення екзистенційної тривоги. Аналіз окремих показників (табл. 3.13) показує, що екзистенційна тривога виступає провідним чинником і має безпосередній позитивний вплив на рівень суїцидальної кризи, тобто її зростання супроводжується посиленням суїцидальних переживань у цивільних осіб.

Водночас самотність втрачає свій провідний характер і демонструє

лише слабкий, нестійкий зв'язок із суїцидальною кризою, що вказує на зниження її значущості в присутності екзистенційної тривоги. Симптоми моральної травми не виявляють самостійного внеску у пояснення досліджуваного феномена та фактично не впливають на рівень суїцидальної кризи в межах даної моделі.

Таблиця 3.13

Коефіцієнти другої моделі множинної лінійної регресії
(група цивільних)

Предиктор	Оцінка	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват ^a	1.5464	3.0283	0.511	0.611	
Шкала симптомів моральної травми	-0.0336	0.0679	-0.496	0.621	-0.0532
Шкала самотності	0.1377	0.0722	1.907	0.060	0.2067
Шкала екзистенційної тривоги	0.3182	0.0739	4.309	<0.001	0.5038

Результати омнібусного дисперсійного аналізу підтверджують провідну роль екзистенційної тривоги ($F = 18.57$, $p < 0.001$), тоді як внесок самотності є на рівні тенденції ($F = 3.64$, $p = 0.060$), а симптоми моральної травми не є статистично значущими ($F = 0.25$, $p = 0.621$).

Перевірка припущень регресійного аналізу засвідчила загалом коректність побудованої моделі: відсутність суттєвої автокореляції залишків (Durbin–Watson = 1.60, $p = 0.056$), допустимі показники мультиколінеарності (VIF до 1.95) та відсутність критичних відхилень від нормальності розподілу залишків (Shapiro–Wilk = 0.972, $p = 0.048$).

У другій моделі, множинного регресійного аналізу, у групі військових, з метою визначення додаткового внеску екзистенційної тривоги у пояснення рівня суїцидальної кризи, також було отримано статистично значущу модель, що підтверджує її високу придатність для аналізу досліджуваного феномена.

Модель загалом пояснює 55,3% варіації рівня суїцидальної кризи, що свідчить про високу роль включених психологічних змінних у формуванні цього стану (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Показники відповідності другої регресійної моделі
(група військових)

Модель	R	R ²	Скориговані й R ²	AIC	СКО	F	df1	df2	p
2	0.743	0.553	0.539	643	5.93	39.1	3	95	<0.001

Отримані результати (табл. 3.15) свідчать, що суїцидальна криза у військовослужбовців формується як результат взаємодії кількох психологічних чинників, однак їхній вплив є нерівнозначним. Найсильніший зв'язок із суїцидальною кризою має екзистенційна тривога: зі збільшенням її рівня зростає і вираженість суїцидальних переживань. Це вказує на те, що екзистенційна тривога безпосередньо пов'язана з поглибленням кризового стану та виступає його провідним психологічним маркером.

Таблиця 3.15

Коефіцієнти другої моделі множинної лінійної регресії
(група військових)

Предиктор	Оцінка	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват ^a	-4.8496	2.1530	-2.252	0.027	
Шкала симптомів моральної травми	0.1447	0.0591	2.447	0.016	0.2711
Шкала самотності	-0.0195	0.0768	-0.254	0.800	-0.0290
Шкала екзистенцій- ної тривоги	0.3223	0.0632	5.104	<0.001	0.5494

Додатково встановлено, що симптоми моральної травми також

пов'язані з рівнем суїцидальної кризи та мають самостійний позитивний вплив. Це означає, що пережиті морально травматичні події посилюють ризик формування суїцидальних станів, хоча їхній вплив є менш потужним, ніж вплив екзистенційної тривоги.

Водночас самотність не демонструє значущого зв'язку із суїцидальною кризою в умовах цієї моделі. Це свідчить про те, що її вплив нівелюється іншими чинниками і вона не виступає самостійним предиктором суїцидальних переживань у військових.

Результати омнібусного дисперсійного аналізу підтверджують ці висновки: екзистенційна тривога здійснює найбільший внесок у модель ($F = 26.05$, $p < 0.001$), симптоми моральної травми також є статистично значущими ($F = 5.99$, $p = 0.016$), тоді як самотність не має значущого впливу ($F = 0.06$, $p = .800$).

Перевірка припущень регресійного аналізу засвідчила загалом коректність побудованої моделі: відсутність суттєвої автокореляції залишків (Durbin–Watson = 1.73, $p = 0.174$), допустимі показники мультиколінеарності (VIF до 2.76) та відсутність критичних відхилень від нормальності розподілу залишків (Shapiro–Wilk = 0.983, $p = 0.242$).

Порівняння другої серії регресійних моделей дозволило виявити виражені відмінності у структурі психологічних чинників, що зумовлюють суїцидальну кризу (за шкалою КОСА) у цивільних і військових респондентів, що свідчить про різні механізми її формування в досліджуваних групах.

У групі цивільних модель є статистично значущою та має помірний рівень пояснювальної здатності. Виявлено, що після включення екзистенційної тривоги саме вона стає ключовим предиктором суїцидальної кризи, демонструючи виражений позитивний зв'язок із залежною змінною. Це означає, що зростання екзистенційної тривоги супроводжується посиленням суїцидальних переживань і фактично переорієнтовує структуру впливів у моделі.

Водночас самотність у цій моделі втрачає провідне значення і проявляє

лише слабкий, нестійкий зв'язок із суїцидальною кризою, тоді як симптоми моральної травми не мають самостійного внеску у її пояснення. Таким чином, у цивільних суїцидальна криза найбільшою мірою пов'язана саме з екзистенційною тривогою як переживанням внутрішньої смислової нестабільності.

У групі військових модель також є статистично значущою, однак характеризується вищою пояснювальною здатністю. Структура предикторів тут є більш диференційованою: екзистенційна тривога виступає провідним чинником і має найсильніший позитивний зв'язок із суїцидальною кризою, тоді як симптоми моральної травми також виявляють значущий самостійний внесок і додатково підсилюють рівень суїцидальних переживань.

Натомість самотність не демонструє статистично значущого впливу та фактично не включається у систему пояснення суїцидальної кризи у військових. Це вказує на те, що соціально-ізоляційний компонент у цій групі поступається впливу екзистенційно-травматичних чинників.

Отже, результати свідчать про різні конфігурації психологічної детермінації суїцидальної кризи: у цивільних домінує екзистенційна тривога як провідний механізм формування суїцидальних переживань, тоді як у військових вона поєднується з впливом моральної травми, формуючи більш складну багатофакторну структуру ризику.

Окремим етапом аналізу стало дослідження чинників, що лежать в основі формування екзистенційної тривоги у військових та цивільних респондентів. Такий підхід був зумовлений необхідністю не лише встановити її роль як предиктора суїцидальної кризи, але й зрозуміти її психологічне походження в структурі переживань, пов'язаних із війною. З цією метою було побудовано окрему регресійну модель, у якій екзистенційна тривога виступала залежною змінною, а самотність і симптоми моральної травми — незалежними предикторами. Це дозволило підтвердити, що екзистенційна тривога не є первинним феноменом, а формується під впливом більш базових психологічних станів, зокрема переживання самотності та морально

травматичного досвіду.

Порівняння третьої серії регресійних моделей засвідчує наявність чіткої групової специфіки у детермінації екзистенційної тривоги психологічними чинниками у цивільних та військових респондентів, при цьому в обох випадках модель є статистично значущою, однак відрізняється структурою провідних предикторів.

У групі цивільних модель демонструє помірно високий рівень пояснювальної здатності (48,8%) та є статистично значущою (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Порівняння показників відповідності третьої регресійної моделі у
військових та цивільних

Статус	Модель	R	R ²	Скоригований R ²	AIC	СКО	F	df1	df2	p
Цивільні	3	0.698	0.488	0.476	685	9.61	42.3	2	89	<0.001
Військові	3	0.771	0.594	0.585	737	9.63	70.1	2	96	<0.001

Встановлено, що екзистенційна тривога формується під впливом двох рівнозначних за внеском чинників — самотності та симптомів моральної травми (табл. 3.17).

Таблиця 3.17

Порівняння коефіцієнтів третьої моделі множинної лінійної регресії у
військових та цивільних

Предиктор	Статус	Оцінка	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват ^a	Цивільні	20.606	3.7576	5.48	<0.001	
	Військові	20.265	2.7978	7.24	<0.001	

Продовження табл.3.17

Шкала симптомів моральної травми	Цивільні	0.392	0.0881	4.45	<0.001	0.391
	Військові	0.340	0.0890	3.82	<.001	0.374
Шкала самотності	Цивільні	0.436	0.0928	4.69	<.001	0.413
	Військові	0.517	0.1124	4.60	<.001	0.450

Обидва предиктори мають стабільний позитивний зв'язок із залежною змінною, що свідчить про поєднання соціально-ізоляційного та морально-психологічного компонентів у структурі екзистенційної напруги у цивільних респондентів. Таким чином, екзистенційна тривога в цій групі має комплексний характер детермінації.

У групі військових модель також є статистично значущою, проте характеризується більшою пояснювальною потужністю (59,4%) порівняно з цивільною групою (табл. 3.16). Аналогічно до цивільних, самотність і симптоми моральної травми виступають значущими предикторами екзистенційної тривоги, однак їхній вплив є більш вираженим (табл.3.17). Це свідчить про посилення ролі як соціально-комунікативного, так і травматично-морального компонентів у формуванні екзистенційної тривоги у військових, що відображає специфіку їхнього професійного та життєвого досвіду.

Отже, у обох групах простежується спільна структура детермінації екзистенційної тривоги, однак у військових вона є більш інтенсивною та структурно посиленою, що вказує на вищу чутливість даної групи до поєднання соціальної ізоляції та морально-травматичного досвіду.

Висновки до розділу 3

У результаті емпіричного дослідження було здійснено комплексний аналіз психологічних чинників синдрому суїцидальної кризи у військових та

цивільних чоловіків в умовах війни. Проведений статистичний аналіз дозволив виявити як спільні закономірності, так і специфічні особливості психологічного функціонування досліджуваних груп.

Встановлено, що рівень екзистенційної ізоляції у військових та цивільних респондентів є подібним і не демонструє статистично значущих міжгрупових відмінностей. Водночас цивільні чоловіки характеризуються вищими показниками суїцидальної кризи, моральної травми, екзистенційної тривоги, самотності, а також більш вираженими показниками суб'єктивної та об'єктивної екзистенції порівняно з військовими. Це вказує на більшу психологічну вразливість цивільної групи до кризових та екзистенційно напружених переживань.

Додатково встановлено, що серед цивільних респондентів досвід втрати близьких унаслідок війни асоціюється з вищим рівнем суїцидальної кризи та об'єктивної екзистенції. Натомість наявність родичів, які проходять військову службу, пов'язана переважно з підвищенням симптомів моральної травми, не впливаючи суттєво на інші досліджувані психологічні показники.

Кореляційний аналіз показав, що у цивільній вибірці формується щільно інтегрована система психологічного дистресу, ядро якої складають суїцидальна криза, моральна травма, екзистенційна тривога та самотність. Усі ці показники демонструють численні позитивні статистично значущі зв'язки. При цьому екзистенційна ізоляція не виявила значущих кореляцій із жодною зі змінних, що дозволяє розглядати її як відносно автономний психологічний конструкт у цивільній групі.

У військовій вибірці також виявлено тісну систему позитивних зв'язків між суїцидальною кризою, моральною травмою, екзистенційною тривогою та самотністю. На відміну від цивільних, екзистенційна ізоляція у військових продемонструвала статистично значущий позитивний зв'язок із суїцидальною кризою, що свідчить про її включеність у структуру суїцидального ризику саме в умовах військового досвіду. Водночас її зв'язки

з іншими психологічними показниками залишилися статистично незначущими, що підтверджує її відносно специфічний характер.

Регресійний аналіз дозволив визначити психологічні чинники суїцидальної кризи в обох групах. У цивільних чоловіків на початковому етапі провідним предиктором виступала самотність, однак після включення екзистенційної тривоги саме вона стала основним чинником суїцидальної кризи. Це свідчить про ключову роль екзистенційної нестабільності та переживання смисложиттєвої невизначеності у формуванні суїцидальних переживань у цивільних респондентів.

У військових чоловіків провідним предиктором суїцидальної кризи на першому етапі виступали симптоми моральної травми. Після включення екзистенційної тривоги модель набула більшої пояснювальної здатності, а екзистенційна тривога стала найсильнішим чинником суїцидальної кризи, зберігаючи при цьому значущий внесок моральної травми. Самотність у військовій групі не продемонструвала самостійного статистично значущого впливу. Таким чином, у військових суїцидальна криза формується переважно внаслідок поєднання екзистенційної тривоги та морально-травматичного досвіду.

Показник екзистенційної ізоляції не був включений до основних регресійних моделей у цивільній вибірці через відсутність статистично значущих кореляцій із суїцидальною кризою та іншими досліджуваними психологічними змінними. У військовій групі, попри наявність слабого статистично значущого кореляційного зв'язку між екзистенційною ізоляцією та суїцидальною кризою, її додаткове включення до регресійної моделі не продемонструвало статистично значущого внеску у пояснення варіації суїцидальної кризи. Це свідчить про те, що екзистенційна ізоляція не виступає самостійним предиктором суїцидальної кризи в межах побудованих моделей, а її роль у структурі психологічних ризиків є обмеженою та, ймовірно, опосередкованою іншими психологічними чинниками.

Окремий аналіз чинників екзистенційної тривоги показав, що як у цивільних, так і у військових респондентів вона формується під впливом самотності та симптомів моральної травми. Водночас у військовій групі сила цього впливу є більш вираженою, що свідчить про підвищену чутливість військовослужбовців до поєднання морально-травматичних переживань і соціально-екзистенційного неблагополуччя.

Отримані результати загалом підтверджують, що синдром суїцидальної кризи в умовах війни має складну багатофакторну природу та детермінується різними психологічними механізмами залежно від соціального контексту респондентів. Для цивільних чоловіків провідним механізмом виступає екзистенційна тривога, тісно пов'язана із переживанням самотності, тоді як у військових ключову роль відіграє поєднання екзистенційної тривоги та моральної травми. Це підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної профілактики та психотерапевтичної допомоги особам із ризиком розвитку суїцидальної кризи в умовах війни.

ВИСНОВКИ

В цілому за результатами дослідження зроблено такі висновки:

1. Уточнено, що у сучасній клінічній психології суїцидальна криза розглядається як гострий психологічний стан, який формується під впливом взаємодії екзистенційних переживань, травматичного досвіду та соціально-психологічних чинників. Встановлено, що важливу роль у розвитку суїцидальної кризи відіграють моральна травма, екзистенційна тривога, самотність та екзистенційна ізоляція, які посилюються в умовах тривалого воєнного стресу.

2. Виявлено, що група цивільних чоловіків характеризується вищим рівнем суїцидальної кризи, моральної травми, екзистенційної тривоги та самотності порівняно з військовими. Це свідчить про значну психологічну вразливість цивільного населення в умовах війни, особливо в ситуаціях втрати близьких, невизначеності та тривалого емоційного напруження. Водночас рівень екзистенційної ізоляції у військових і цивільних чоловіків виявився подібним, що може вказувати на універсальний характер переживання внутрішньої відокремленості в умовах воєнної реальності.

3. Встановлено, що переживання самотності, моральної травми та екзистенційної тривоги тісно пов'язані з вираженістю синдрому суїцидальної кризи в обох досліджуваних групах. Для цивільних чоловіків найбільш значущими виявилися переживання самотності, безсенсовості та внутрішньої нестабільності, тоді як у військових чоловіків суїцидальна криза більшою мірою пов'язана з морально-травматичним досвідом, переживанням провини, втрати цінностей та екзистенційної напруги. Екзистенційна ізоляція не продемонструвала вираженого самостійного впливу на формування суїцидальної кризи, однак у військових виявилася пов'язаною з переживанням кризового стану.

4. Отримані результати свідчать про складну багатофакторну природу синдрому суїцидальної кризи в умовах війни та підтверджують важливість урахування екзистенційних і морально-травматичних переживань у процесі

психологічної допомоги. У цивільних чоловіків провідним психологічним чинником формування суїцидальної кризи виступає екзистенційна тривога, яка посилюється на тлі переживання самотності. У військових чоловіків найсильнішим чинником також є екзистенційна тривога, проте її формування відбувається у поєднанні з наслідками моральної травми. Встановлено, що ключову роль у формуванні суїцидальної кризи в обох групах відіграє екзистенційна тривога, однак її психологічне наповнення відрізняється залежно від життєвого та воєнного досвіду респондентів.

Результати дослідження дозволили частково підтвердити висунуті гіпотези. Зокрема, підтверджено наявність відмінностей між військовими та цивільними чоловіками за більшістю досліджуваних психологічних показників, окрім екзистенційної ізоляції. Також підтверджено взаємозв'язок між синдромом суїцидальної кризи, моральною травмою, екзистенційною тривогою та самотністю. Водночас роль екзистенційної ізоляції виявилася менш вираженою, ніж передбачалося, а внесок моральної травми та самотності у формування суїцидальної кризи залежав від соціального контексту та належності респондентів до військової або цивільної групи.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з уточненням механізмів формування синдрому суїцидальної кризи шляхом перевірки запропонованих моделей на інших вибірках та в динамічному (лонгітюдному) дизайні. Доцільним є також більш детальне вивчення опосередкованих і медіаційних зв'язків екзистенційної тривоги, моральної травми та самотності у структурі суїцидального ризику. Окремий дослідницький інтерес складає поглиблений аналіз ролі екзистенційної ізоляції як потенційно контекстуального або модераторного чинника, а не прямого предиктора суїцидальної кризи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Габінська, А., & Сошенко, Т. (2017). Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2(4), 1–9.
2. Засекіна, Л., & Козігора, М. (2022). Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. *Психологічні перспективи*, 39, 139–152. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-zas>
3. Іванова, Т. В., Коляда, Н. В., & Гунбіна, Г. І. (2024). Феномен тривоги: психологічні та семантичні ракурси. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Психологія, (1). <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.1.7>
4. Кулаєва, Т. В. (2023). Особливості переживання самотності дорослої людини залежно від стратегій долаючої поведінки. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*, 6, 46–54. <https://doi.org/10.48020/mppj.2023.02.05>
5. Ключник, А. В. (2024). *Екзистенційна тривога особистості в умовах війни в Україні* [Магістерська робота]. Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. <https://dspace.onu.edu.ua/handle/123456789/41696>
6. Кокун, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., & Корня, Л. В. (2019). *Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців: Методичний посібник*. НДЦ ГП ЗСУ.
7. Кучина, В. В. (2020). Адаптація та валідація англomовної версії опитувальника Вінцента ван Брюггена «Види екзистенційної тривоги». *World Science*. https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/30062020/712
8. Кулаєва, Т. В. (2023). Особливості переживання самотності дорослої людини залежно від стратегій долаючої поведінки. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*, 6, 46–54. <https://doi.org/10.48020/mppj.2023.02.05>
9. Міністерство охорони здоров'я України. (2026). *Стандарт медичної допомоги «Суїцидальна поведінка»: Наказ № 546 від 24 квітня 2026 року*.

10. Романчук, О. І. (2012). *Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 1(36), 30–37.
11. Сисоева, В., & Осадченко, І. (2022). Детермінація суїцидальної поведінки неповнолітніх. *Scientific Works of National Aviation University. Series: Law Journal. Air and Space Law*, 1(62), 186–190. <https://doi.org/10.18372/2307-9061.62.16499>
12. Степанов, О. М. (Упоряд.). (2006). *Психологічна енциклопедія*. Академвидав.
13. Центр учбової літератури. (2023). *Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення*.
14. Яценко, Н. В., Сомова, О. О., & Свірін, Ю. В. (2024). Психометричні властивості короткого опитувальника суїцидальної кризи – адаптованого (КОСА): вибірка комбатантів десантно-штурмових військ. *Наукові перспективи*, 8(50), 979–993. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-8\(50\)-979-993](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-8(50)-979-993)
15. Akbar, R., Arya, V., Conroy, E., Wilcox, H. C., & Page, A. (2023). Posttraumatic stress disorder and risk of suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 53(1), 163–184. <https://doi.org/10.1111/sltb.12931>
16. Allan, N. P., Volarov, M., Kosciński, B., Pizzonia, K. L., Potter, K., Accorso, C., et al. (2021). Lonely, anxious, and uncertain: Critical risk factors for suicidal desire during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 304, 114144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114144>
17. Alothman, D., Lewis, S., Card, T., Tyrrell, E., & Fogarty, A. W. (2024). The association between living alone, loneliness and suicide mortality and effect modification by age: A case–control study. *Journal of Affective Disorders*, 352, 278–280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.047>

18. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
19. Arredondo, A. Y., & Caparrós, B. (2019). Associations between existential concerns and adverse experiences: A systematic review. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0022167819846284>
20. Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. In H. Guetzkow (Ed.), *Groups, leadership and men: Research in human relations* (pp. 177–190). Carnegie Press.
21. Ballard, C., Orrell, M., YongZhong, S., Moniz-Cook, E., Stafford, J., Whittaker, R., ... Fossey, J. (2016). Impact of antipsychotic review and nonpharmacological intervention on antipsychotic use, neuropsychiatric symptoms, and mortality in people with dementia living in nursing homes: A factorial cluster-randomized controlled trial by the Well-Being and Health for People With Dementia (WHELD) program. *The American Journal of Psychiatry*, 173(3), 252–262. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010130>
22. Basham, K. (2008). Homecoming as safe haven or the new front: Attachment and detachment in military couples. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 83–96. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0138-9>
23. Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
24. Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2020). Near-term suicide risk assessment: A commentary on the clinical relevance of protective factors. *Archives of Suicide Research*, 24(2), 370–S380. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1612804>
25. Brown, V., Morgan, T., & Fralick, A. (2021). Isolation and mental health: Thinking outside the box. *General Psychiatry*, 34(3), e100461. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100461>

26. Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Crawford, L. E. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407–417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
27. Cai, Z., Mao, P., Wang, Z., Wang, D., He, J., & Fan, X. (2023). Associations between problematic internet use and mental health outcomes of students: A meta-analytic review. *Adolescent Research Review*, 8(1), 45–62. <https://doi.org/10.1007/s40894-022-00201-9>
28. Carsten, H. P., Härpfer, K., Nelson, B. D., Kathmann, N., & Riesel, A. (2023). Correction: Don't worry, it won't be fine. Contributions of worry and anxious arousal to startle responses and event-related potentials in threat anticipation. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 23, 1223. <https://doi.org/10.3758/s13415-023-01109-0>
29. Carr, S., & Fang, C. (2021). A gradual separation from the world: A qualitative exploration of existential loneliness in old age. *Ageing & Society*, 43(6), 1436–1456. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001252>
30. Claus, C., & Teismann, T. (2021). Akut suizidal-affektive Störung: Ein systematisches Review. *Verhaltenstherapie*, 31(3), 200–206. <https://doi.org/10.1159/000511922>
31. Cohen, L. J., Gorman, B., Briggs, J., Jeon, M. E., Ginsburg, T., & Galynker, I. (2019). The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 413–422. <https://doi.org/10.1111/sltb.12439>
32. Cohen, L. J., Mokhtar, R., Richards, J., Hernandez, M., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2022). The narrative-crisis model of suicide and its prediction of near-term suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(2), 231–243. <https://doi.org/10.1111/sltb.12816>
33. Commissioner for Senior Victorians. (2016). *Ageing is everyone's business: A report on isolation and loneliness among senior Victorians*. Melbourne, Australia: Commissioner for Senior Victorians.

34. Constantino, M. J., Gaines, A. N., Coyne, A. E., Boswell, J. F., & Kraus, D. R. (2023). Existential isolation as a correlate of mental health problems, predictor of treatment outcome, and moderator of a patient–therapist match effect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 42(1), 1–28. <https://doi.org/10.1521/jscp.2023.42.1.1>
35. Costello, A. E., & Long, A. E. (2014, August). *Existential isolation and its psychological and physical health correlates*. Poster presented at the 122nd Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC, United States.
36. Coyne, A. E., Gaines, A. N., DeFontes, C., Constantino, M. J., Barcala-Delgado, D. I., Boswell, J. F., & Kraus, D. R. (2025). Parsing the existential isolation–outcome association into its within- and between-patient components in naturalistic psychotherapy. *Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1037/pst0000564>
37. Cummins, R. A. (2020). Loneliness through the lens of psychology, neurology and philosophy. *International Journal of Community Well-Being*, 3(3), 273–276. <https://doi.org/10.1007/s42413-020-00072-9>
38. De Luca, G. P., Pargi, N., El Hayek, R., Bloch-Elkouby, S., Peterkin, D., Wolf, E., Rogers, M. L., & Galynker, I. (2024). A machine learning approach to developing an important tool for suicide prevention: Short form of the Suicide Crisis Inventory-2 (SCI-2). *PLOS ONE*, 19(5), e0299048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299048>
39. Drescher, K., Foy, D., Litz, B. T., Kelly, C., Leshner, A., & Schultz, K. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, 17(1), 8–13. <https://doi.org/10.1177/1534765610395615>
40. Durkheim, É. (2002). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.; G. Simpson, Ed.). Routledge. (Original work published 1897)
41. Echterhoff, G., Higgins, E. T., & Levine, J. M. (2009). Shared reality: Experiencing commonality with others’ inner states about the world. *Perspectives*

- on *Psychological Science*, 4, 496–521. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01161.x>
42. Figley, C. R., & Leventman, S. (Eds.). (1980). *Strangers at home: Vietnam veterans since the war*. Brunner/Mazel.
 43. Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
 44. Frankl, V. E. (1962). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Washington Square Press.
 45. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
 46. Fredriksen, K. J., Bartz-Johannessen, C., Schoeyen, H. K., Vaaler, A., Walby, F. A., & Hegelstad, W. T. V. (2022). Imminent and short-term risk of death by suicide in 7,000 acutely admitted psychiatric inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1), 22. <https://doi.org/10.4088/JCP.22m14460>
 47. Fromm, E. (2019). *Вмеча від свободи* (М. Yakovlieva, Trans.) Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля». (Оригінальна праця опублікована 1941 р.)
 48. Fuchs, T. (2013). Existential vulnerability: Toward a psychopathology of limit situations. *Psychopathology*, 46, 301–308.
 49. Galynker, I. (2023). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197582718.001.0001>
 50. Galynker, I., Bloch-Elkouby, S., & Cohen, L. J. (2024). Suicide crisis syndrome: A specific diagnosis to aid suicide prevention. *World Psychiatry*, 23(3), 362–363. <https://doi.org/10.1002/wps.21229>

51. Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high-risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and Anxiety*, 34(2), 147–158. <https://doi.org/10.1002/da.22559>
52. Geleželytė, O., Gailienė, D., Latakienė, J., Mažulytė-Rašytinė, E., Skruibis, P., Dadašev, S., & Grigienė, D. (2020). Factors of seeking professional psychological help by the bereaved by suicide. *Frontiers in Psychology*, 11, 592. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00592>
53. Glass, J. C., & Knott, E. S. (1984). Effectiveness of a lesson series on death and dying in changing adolescents' death anxiety and attitudes toward older adults. *Death Education*, 8(5–6), 299–313. <https://doi.org/10.1080/07481188408252469>
54. Glas, G. (2013). Anxiety and phobias: Phenomenologies, concepts, explanations. In M. Davies, G. Graham, J. Z. Sadler, K. W. M. Fulford, G. Stanghellini, T. Thornton, & R. G. T. Gipps (Eds.), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (pp. 551–573). Oxford University Press.
55. Goldberg, D., & Fawcett, J. (2012). The importance of anxiety in both major depression and bipolar disorder. *Depression and Anxiety*, 29(6), 471–478. <https://doi.org/10.1002/da.21939>
56. Goldstein, E., McDonnell, C., Atchley, R., Dorado, K., Bedford, C., Brown, R. L., & Zgierska, A. E. (2019). The impact of psychological interventions on posttraumatic stress disorder and pain symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Journal of Pain*, 35(8), 703–712. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000730>
57. Goncarencu, I., Lakshmi, C., & Rogers, L. M. (2023). The narrative-crisis model of suicide as a framework for suicide prevention. In *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk* (2nd ed., p. 465). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197582718.003.0010>
58. Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: Issues and future challenges in community and residential

- settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468–478. <https://doi.org/10.1071/AH080468>
59. Griffin, B. J., Maguen, S., McCue, M. L., Pietrzak, R. H., McLean, C. P., Hamblen, J. L., Jendro, A. M., & Norman, S. B. (2025). Moral injury is independently associated with suicidal ideation and suicide attempt in high-stress, service-oriented occupations. *npj Mental Health Research*, 4, 32. <https://doi.org/10.1038/s44184-025-00151-9>
60. Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 488–501. <https://doi.org/10.1038/nrn3524>
61. Gündogan, S., & Arpaci, I. (2022). Depression as a mediator between fear of COVID-19 and death anxiety. *Current Psychology*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03120-z>
62. Hardin, C. D., & Higgins, E. T. (1996). Shared reality: How social verification makes the subjective objective. In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Vol. 3. The interpersonal context* (pp. 28–84). The Guilford Press.
63. Hawkley, L. C. (2018). Loneliness. *Encyclopedia Britannica*.
64. <https://www.britannica.com/science/loneliness>
65. Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
66. Hendin, H., Maltsberger, J. T., & Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 363–368. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318052264d>
67. Helm, P. J., Greenberg, J., Park, Y. C., & Pinel, E. C. (2018). Feeling alone in your subjectivity: Introducing the state trait existential isolation model (STEIM). *Journal of Theoretical Social Psychology*, 3(3), 146–157. <https://doi.org/10.1002/jts5.41>

68. Hoelterhoff, M., & Chung, M. C. (2017). Death anxiety resilience: A mixed methods investigation. *Psychiatry Quarterly*, 88, 635–651.
69. Hoffman, L., Hoffman, H. P., & Vallejos, L. (2013). Existential issues in trauma: Implications for assessment and treatment. In I. Serlin (Chair), *Developing resiliency: Compassion fatigue and regeneration*. Symposium presented at the 121st Annual Convention of the American Psychological Association, Honolulu, HI, United States. <https://www.researchgate.net/publication/260002312>
70. Hunt, S. E., Cooper, M. P., Hartnell, S. M., & Lissek, C. (2019). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty facilitate associations between generalized Pavlovian fear and maladaptive avoidance decisions. *Journal of Abnormal Psychology*, 128, 315–326.
71. Jin, Y., Kieslich, K., Hall, A., & Pitman, A. (2026). Association between loneliness and suicidal thoughts and attempts in adolescence and young adulthood: A longitudinal analysis of a nationally representative US sample. *Archives of Suicide Research*, 30(1), 66-79. <https://doi.org/10.1080/13811118.2025.2489159>
72. Jinkerson, J. D. (2016). Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*, 22(2), 122–130. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
73. Jonas, E., McGregor, I., Klackl, J., Agroskin, D., Fritsche, I., Holbrook, C., Nash, K., Proulx, T., & Quirin, M. (2014). Threat and defense: From anxiety to approach. In J. M. Olson & M. P. Zanna (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 49, pp. 219–286). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800052-6.00004-4>
74. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
75. Kalashnikova, O., Leontiev, D., Rasskazova, E., & Taranenko, O. (2022). Meaning of life as a resource for coping with psychological crisis: Comparisons of suicidal and non-suicidal patients. *Frontiers in Psychology*, 13, 957782. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.957782>
76. Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of

- clarification. *Preventive Medicine*, 152, 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
77. Koenig, H. G., Ames, D., Youssef, N. A., Oliver, J. P., Volk, F., Teng, E. J., Haynes, K., Erickson, Z. D., Arnold, I., O'Garro, K., & Pearce, M. (2018). Screening for moral injury: The moral injury symptom scale–military version short form. *Military Medicine*, 183(11–12), e659–e665. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy017>
78. Koole, S. L., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (2006). Introducing science to the psychology of the soul: Experimental existential psychology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 212–216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00438.x>
79. Levi-Belz, Y., Groueiss, Y., Blank, C., & Neria, Y. (2024). PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: A nationwide prospective study. *EClinicalMedicine*, 68, 102418. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102418>
80. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29, 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
81. Liu, L., Cheng, L., & Qu, X. (2023). From existential anxiety to posttraumatic growth: The stranded traveler during the pandemic outbreak. *Annals of Tourism Research*, 99, 103548. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2023.103548>
82. Loso, T., Gehman, R. M., Pinel, E. C., & Pyszczynski, T. (2025). Trauma, existential isolation, and their associated clinical outcomes. *Journal of Social and Clinical Psychology*.
83. Long, A. E., Pinel, E. C., Daily, J. R., & Costello, A. E. (2022). Existential isolation and the struggle for belief validation. *British Journal of Social Psychology*, 61(2), 491–509. <https://doi.org/10.1111/bjso.12492>

84. Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest-old age. *Developmental Psychology*, 52, 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
85. Lim, M. H., Eres, R., & Peck, C. (2019). *The young Australian loneliness survey: Understanding loneliness in adolescence and young adulthood*. Melbourne, Australia: Centre for Mental Health, Swinburne University of Technology.
86. Ma, R., Mann, F., Wang, J.-L., Lloyd-Evans, B., Terhune, J., Al-Shihabi, A., & Johnson, S. (2020). The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 839–876.
87. Malez, L., Forkman, T., & Teismann, T. (2024). Suicide crisis syndrome: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(3), 556–574. <https://doi.org/10.1111/sltb.13065>
88. May, R. (1958). Existential psychology. *Journal of Individual Psychology*, 14(1), 128–137.
89. McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 274, 880–896. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>
90. McClelland, H., Evans, J. J., & O'Connor, R. C. (2023). The association of family, social and romantic loneliness in relation to suicidal ideation and self-injurious behaviours. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 330–340. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.022>
91. McKenna-Plumley, P. E., Turner, R. N., Yang, K., & Groarke, J. M. (2023). “It’s a feeling of complete disconnection”: Experiences of existential loneliness from youth to older adulthood. *BMC Psychology*, 11, Article 408. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01452-4>
92. Melby, L., Høyen, K., Prestmo, A., Vaaler, A., Kvithyld, T., Galynker, I., Walby, F., ... Torgersen, T. (2025). Symptoms of the suicide crisis syndrome and

- associated risk factors in an acute psychiatric population: A cross-sectional study. *European Psychiatry*, 68(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10030>
93. Menon, V., Balasubramanian, I., Rogers, M. L., Grover, S., Lakdawala, B., Ranjan, R., ... Praharaj, S. K. (2025). Symptom severity and sociodemographic correlates of the suicide crisis syndrome in major depression: A multicentric investigation. *Archives of Suicide Research*, 30(1), 186–202. <https://doi.org/10.1080/13811118.2025.2510506>
 94. Motillon-Toudic, C., Walter, M., Séguin, M., Carrier, J.-D., Berrouiguet, S., & Lemey, C. (2022). Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European Psychiatry*, 65(1), e65. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>
 95. Murray, S. L., Holmes, J. G., Bellavia, G., Griffin, D. W., & Dolderman, D. (2002). Kindred spirits? The benefits of egocentrism in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 563–581. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.563>
 96. Mwilambwe-Tshilobo, L., Ge, T., Chong, M., Ferguson, M. A., Misic, B., Burrow, A. L., Leahy, R. M., & Spreng, R. N. (2019). Loneliness and meaning in life are reflected in the intrinsic network architecture of the brain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 14(4), 423–433. <https://doi.org/10.1093/scan/nsz021>
 97. Nichter, B., Norman, S. B., Maguen, S., & Pietrzak, R. H. (2021). Moral injury and suicidal behavior among US combat veterans: Results from the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study. *Depression and Anxiety*, 38(6), 606–614. <https://doi.org/10.1002/da.23145>
 98. 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. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
 99. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)

100. Opie, J. E., & McIntosh, J. (2022). *Relational trauma & trust: Enhancing practitioner & parent responses through MERTIL (My Early Relational Trust-Informed Learning)*. Paper presented at the 23rd Victorian Collaborative Mental Health Nursing Conference, Victoria, Australia.
101. Ouellet, R., & Joshi, P. (1986). Loneliness in relation to depression and self-esteem. *Psychological Reports*, 58(3), 821–822. <https://doi.org/10.2466/pr0.1986.58.3.821>
102. Pinel, E. C., Helm, P. J., Yawger, G. C., Long, A. E., & Scharnetzki, L. (2022). Feeling out of (existential) place: Existential isolation and nonnormative group membership. *Group Processes & Intergroup Relations*, 25(4), 990–1010. <https://doi.org/10.1177/1368430221999084>
103. Pinel, E. C., Long, A. E., Murdoch, E. Q., & Helm, P. (2017). A prisoner of one's own mind: Identifying and understanding existential isolation. *Personality and Individual Differences*, 105, 54–63.
104. Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130(3), 435–468. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.435>
105. Reed, D. E., Lehinger, E., Cobos, B., Vail, K. E., Nabity, P. S., Helm, P. J., Galgali, M. S., & McGeary, D. D. (2021). Authenticity as a resilience factor against COVID-19 threat among those with chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 643869. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643869>
106. Reed, D. E., Vail, K. E., Cobos, B. A., Nabity, P. S., & McGeary, D. D. (2025). Existential distress among individuals with co-occurring chronic pain and PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001985>
107. Reed, J., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Goodall, B., Wright, I., Boyle, A., Burgess, A., Murphy, F., Hitchcock, C., Schweizer, S., Travers-Hill, E., Dixon, C., Mul, C. L., Smith, P., Newby, J., & McKinnon, A. (2024). Trauma memory

- characteristics and neurocognitive performance in youth exposed to single-event trauma. *Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 52(6), 997–1008. <https://doi.org/10.1007/s10802-024-01171-3>
108. Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., Walsh, C. G., & Linthicum, K. P. (2019). Predicting imminent suicidal thoughts and nonfatal attempts: The role of complexity. *Clinical Psychological Science*, 7(5), 941–957. <https://doi.org/10.1177/2167702619838464>
109. Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Jr., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255–262. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>
110. Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40.
111. Seemann, A. (2022). The psychological structure of loneliness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1061. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031061>
112. Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32–40.
113. Shaw, R. J., Cullen, B., Graham, N., et al. (2021). Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: A nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *Journal of Affective Disorders*, 279, 316–323. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.026>
114. Shoib, S., Amanda, T. W., Saeed, F., Ransing, R., Bhandari, S. S., Armiya'u, A. Y., Gürcan, A., & Chandradasa, M. (2023). Association between loneliness and suicidal behaviour: A scoping review. *Turkish Journal of Psychiatry*, 34(2), 125–132.
115. Sørberg, A. I. B., Danbolt, L. J., Sørensen, T., & Haug, S. H. K. (2022). Patients at risk of suicide and their meaning in life experiences. *Archive for the Psychology of Religion*. <https://doi.org/10.1177/00846724221137620>

116. Sease, T. B., Cathy, R. C., & Knight, K. (2022). Existential isolation and well-being in justice-involved populations. *Frontiers in Psychology, 13*, 1092313. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1092313>
117. Sharp, P., Kealy, D., Rice, S. M., Seidler, Z. E., Oliffe, J. L., & Ogrodniczuk, J. S. (2023). Existential isolation and psychological distress during COVID-19: The role of loneliness and resilient coping in Canadian help-seeking men. *Journal of Affective Disorders, 324*, 279–285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.133>
118. Sinclair, S., Huntsinger, J., Skorinko, J., & Hardin, C. D. (2005). Social tuning of the self: Consequences for the self-evaluations of stereotype targets. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(2), 160–175. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.2.160>
119. Solomon, Z., Federman Foundation, & Israeli Ministry of Defense. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4757-2237-6>
120. Sall, J., Brenner, L., Millikan Bell, A. M., & Colston, M. J. (2019). Assessment and management of patients at risk for suicide: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine, 171*(5), 343–353. <https://doi.org/10.7326/M19-0687>
121. Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide crisis syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law, 37*(3), 223–239. <https://doi.org/10.1002/bsl.2397>
122. Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide crisis syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law, 37*(3), 223–239. <https://doi.org/10.1002/bsl.2397>
123. Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2020). Feeling ill at ease with a new disease. *Crisis, 41*(4), 241–247. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000726>
124. Tillich, P. (1952). *The courage to be*. Yale University Press.

125. Tillich, P. (1961). *The dynamics of faith*. Harper & Row.
126. Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 611–620. <https://doi.org/10.1111/sltb.12043>
127. Vincent, D. (2020). *A history of solitude*. Cambridge, UK: Polity Press.
128. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
129. van Bruggen, V., Ten Klooster, P. M., Westerhof, G. J., Vos, J., de Kleine, E., Bohlmeijer, E. T., & Glas, G. (2017). The Existential Concerns Questionnaire (ECQ): Development and initial validation of a new existential anxiety scale in a nonclinical and clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1692–1703. <https://doi.org/10.1002/jclp.22474>
130. Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., et al. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
131. Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
132. Weems, C. F., Costa, N. M., Dehon, C., & Berman, S. L. (2004). Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 17, 383–399.
133. World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th rev.)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
134. World Health Organization. (2021). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

135. Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 79–93). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470698976.ch5>
136. Yang, X., Xiao, L., Lan, Y., Xue, J., & He, Y. (2025). A meta-analysis of the meaning in life and suicidal ideation based on Chinese samples. *Frontiers in Psychology*, 16, 1610351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1610351>
137. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
138. Yawger, G. C. (2018). *Social isolation predicting problematic alcohol use in emerging adults: Examining the unique role of existential isolation* (Master's thesis). University of Vermont. <https://scholarworks.uvm.edu/graddis/852>
139. Yaseen, Z. S., Kopeykina, I., Gutkovich, Z., Bassirnia, A., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2014). Predictive validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. *PLOS ONE*, 9(1), e86768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086768>
140. Yaseen, Z. S., Galynker, I. I., Briggs, J., Freed, R. D., & Gabbay, V. (2016). Functional domains as correlates of suicidality among psychiatric inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 203, 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.066>
141. Zahir Ahmed, M. (2024). Loneliness and suicidal behaviors: A fresh mental health concern in post COVID-19 pandemic period. In *Determinants of loneliness*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1004736>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press. doi:10.2307/j.ctvjghv2f.
142. Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., et al. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 245–252. <https://doi.org/10.1002/gps.3998>
143. Zhang, J., Lester, D., & Lew, B. (2024). Death anxiety and suicidal behavior. *Journal of Biomedical Research & Environmental Sciences*.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала симптомів моральної травми– Moral Injury Symptoms Scale – Military Version – Short Form (MISS-M-SF)

Оцініть кожне твердження від 1 до 10 відповідно до шкали

1. Зараз я відчуваю, що лідери, яким я колись довіряв, мене зрадили.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Я відчуваю провину за те, що не зміг врятувати життя комусь під час війни.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Я відчуваю сором за те, що я зробив або не зробив протягом цього часу.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Мене турбують мої вчинки, які порушують мої переконання або цінності.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Більшість людей заслуговує на довіру.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Я добре розумію, що наповнює моє життя смислом.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Я пробачив собі те, що сталося зі мною чи іншими під час війни.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Повністю Частково Нейтрально Частково Повністю

не погоджуюся не погоджуюся погоджуюся погоджуюся

8. Загалом, я схильний вважати себе нікчемним.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Я не можу зрозуміти, за що Бог карає мене.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Відтоді, як почалася війна, моя релігійна віра

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Чи відчуваєте Ви, що переживання, які викладені вище, погіршують Ваші стосунки на роботі або в інших важливих для Вас сферах? Інакше кажучи, якщо Ви вище позначили наявність будь-яких проблем, наскільки ці проблеми впливають на Вашу роботу, рутинні справи, стосунки?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Додаток Б

**Короткий опитувальник суїцидальної кризи – адаптований
(КОСА)**

	КОСА / SCI-2-SF				
Інструкція: Будь ласка, обведіть число, що найкраще позначає як Ви почуваєтеся зараз.					
Чи було у Вас відчуття що надії більше немає? ^A	0	1	2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно
Чи було у Вас відчуття, що немає виходу? ^A	0	1	2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно
Чи відчували Ви внутрішній біль, який потрібно було припинити? ^{B1}	0	1	2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно
Чи були у Вас будь-які надзвичайно інтенсивні негативні переживання або ж перепади настрою? ^{B1}	0	1	2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно
Чи бувало у Вас забагато думок у голові? ^{B2}	0	1	2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно

Чи помічали Ви знижену здатність думати, концентруватися або приймати рішення через надто велику кількість думок? ^{B2}	0		2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно
Чи Ви відчували, що хочете вилізти із власної шкіри? ^{B3}	0		2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно
Чи почувалися Ви настільки неспокійно, що не могли всидіти на місці? ^{B3}	0		2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно
Чи відчували Ви, що не відкрилися повністю членам вашої родини чи друзям? ^{B4}	0	1	2	3	4
	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Сильно

Додаток В**Шкала екзистенційної ізоляції (ШЕІ)**

Оцініть, наскільки ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь з кожним із наведених нижче тверджень:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9

повністю погоджуюся

повністю не погоджуюся

1. Я зазвичай відчуваю, що люди поділяють мої погляд на життя. (R)
2. Я часто реагую на події так само, як і люди навколо мене. (R)
3. Люди навколо мене, як правило, реагують на події в нашому оточенні так само, як і я. (R)
4. Люди не часто поділяють мою точку зору.
5. Інші люди зазвичай не розуміють моїх переживань.
6. Люди часто мають таку саму думку або точку зору на події, як і я. (R)

Додаток Г

**Опитувальник Вінцента ван Брюггена «Види екзистенційної
тривоги».**

Дайте відповіді на питання нижче:

Варіанти відповідей на запитання: ніколи, рідко, інколи, часто, завжди.

1. Коли я починаю розмірковувати про сенс життя, то стаю тривожним.
2. Мене лякає усвідомлення того, яке різноманіття вибору пропонує життя.
3. Мене хвилює те, що я не належу цьому світові, немовби я не почуваюся тут як вдома.
4. Існування вбачається мені загрозливим, неначе у будь-який момент зі мною може статися щось жахливе.
5. Мене лякає думка, що у якийсь момент я помру.
6. Мене хвилює сенс життя.
7. Я намагаюся забути про те, що всі мої рішення мають наслідки.
8. Я тривожуся через те, що втрачаю зв'язок із самим собою.
9. Я борюся із почуттям того, що врешті решт залишуся сам на сам у житті.
10. Мене тривожить те, що життя проходить.
11. Щойно питання про сенс життя виникає у мене в голові, я намагаюся швидше подумати про щось інше.
12. Я хвилююся, що не живу таким життям, яким би міг жити.
13. Усвідомлення того, що інші люди ніколи не пізнають усієї моєї глибини лякає мене.
14. Я хвилююся, що зі мною може статися щось страшне абсолютно несподівано.
15. Я намагаюся відштовхнути від себе думки про те, що життя може скінчитися.

16. Мене лякає, що речі, які раніше здавалися важливими, зараз втратили сенс.

17. Я боюся, що не беру від життя все, що у ньому є.

18. Я намагаюся уникати питання хто я є насправді.

19. У мене є тривожне відчуття того, що між мною та іншими людьми прірва.

20. Я відчуваю тривогу усвідомлюючи, наскільки моє тіло вразливе до життєвих негараздів.

21. Я хвилююсь, що у момент смерті мені доведеться все відпустити.

22. Я боюся, що ніколи не пізнаю своєї власної глибини.

Додаток Д

«Шкала самотності» (UCLA Loneliness Scale) Д. Рассела та М.

Фергюсона

Інструкція: Вам запропоновано ряд тверджень. Послідовно прочитайте кожне з них і оцініть з точки зору частоти їх прояву у вашому житті за допомогою відповідей «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Той варіант, що ви обрали, позначте знаком «+».

Твердження

1. Я нещасливий, коли займаюся багатьма справами на самоті
2. Мені ні з ким поспілкуватися
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім
4. Мені не вистачає спілкування
5. Я відчуваю, що ніхто не розуміє мене
6. Я часто чекаю на те, що знайомі або друзі подзвонять мені або напишуть
7. Немає такої людини, до якої я міг би звернутися
8. Я зараз не маю близької людини
9. Ті люди, що мене оточують, не поділяють мої думки та ідеї
10. Я відчуваю себе покинутим
11. Я не здатен розслабитися та спілкуватися з тими людьми, що мене оточують
12. Я почуваюся зовсім самотнім
13. Мої соціальні зв'язки і контакти поверхневі
14. Мені дуже не вистачає компанії
15. Ніхто не знає яким я є насправді
16. Я відчуваю, ніби мене ізольовано від інших людей
17. Я дуже нещасливий, відчуваючи, що я дійсно відторгнутий¹⁹⁶
18. Мені важко знаходити друзів
19. Я відчуваю, що я виключений із соціуму
20. Навколо мене є люди, але вони не зі мною

Додаток Е

**Регресійна модель суїцидальної кризи з включенням
екзистенційної ізоляції (група військових)**

Таблиця Е.1

Показники множинної регресійної моделі впливу екзистенційної ізоляції,
самотності та моральної травми на суїцидальну кризу у військових

Модель	R	R ²	Скориговани й R ²	AIC	СКО	F	df1	df2	p
	0.660	0.436	0.418	666	6.66	24.5	3	95	<.001

Таблиця Е.2

Коефіцієнти множинної регресійної моделі впливу екзистенційної ізоляції,
самотності та моральної травми на суїцидальну кризу у військових

Предиктор	Оцінка	SE	t	p	Стандартна оцінка
Перехват ^a	-1.133	3.4510	-0.328	.743	
Шкала екзистенційної ізоляції	0.102	0.1037	0.987	.326	0.0772
Шкала самотності	0.139	0.0786	1.763	.081	0.2056
Шкала симптомів моральної травми	0.254	0.0619	4.105	<.001	0.4758