

Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Стигматизація як медіатор впливу травми свідка
суїциду на суїцидальні ідеації**

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Кізян Анастасії Володимирівни

Науковий керівник: доцент
кафедри психодіагностики та
клінічної психології, кандидат
психологічних наук

Морозова-Ларіна Ольга Ігорівна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол № ____ від _____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЯК МЕДІАТОРУ ВПЛИВУ ТРАВМИ СВІДКА СУЇЦИДУ НА СУЇЦИДАЛЬНІ ІДЕАЦІЇ	10
1.1. Поняття суїциду та суїцидальних ідеацій, психологічні та соціальні аспекти суїцидальної поведінки.....	10
1.2. Поняття травми суїциду, суїцидального горя, вторинної суїцидальності та факторів її появи.....	15
1.3. Вплив стигматизації на суїцидальні ідеації після втрати: медіаційна модель.....	20
1.3.1. Типи стигми, можливість глорифікації або нормалізації самогубства в окремих групах.....	20
1.3.2. Роль стигми як медіатора в розвитку ідеацій у осіб із травматичним досвідом.....	29
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЯК МЕДІАТОРУ ВПЛИВУ ТРАВМИ СВІДКА СУЇЦИДУ НА СУЇЦИДАЛЬНІ ІДЕАЦІЇ	34
2.1. Аналіз методологічного підходу до дослідження впливу стигматизації та індивідуальних чинників на переживання втрати через самогубство.....	34
2.2. Обґрунтування та опис підбраного психометричного інструментарію.....	35
2.3. Вибірка дослідження.....	39
2.4. Організація, етапи та дизайн дослідження.....	40
2.5 Вибір методів статистичного аналізу даних відповідно до завдань дослідження.....	44
Висновки до розділу 2	47

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЯК МЕДІАТОРУ ВПЛИВУ ТРАВМИ СВІДКА СУЇЦИДУ НА СУЇЦИДАЛЬНІ ІДЕАЦІЇ.....	49
3.1. Первинна обробка даних та вибір статистичних процедур.....	49
3.2. Перевірка гіпотез дослідження.....	54
3.3. Додатковий аналіз та можливості поглиблення майбутніх досліджень.....	69
Висновки до розділу 3.....	72
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Ще до початку повномасштабної війни в Україні фіксувалося зростання кількості випадків суїцидальних думок та спроб самогубства серед підлітків у регіонах, що безпосередньо постраждали від збройного конфлікту. Згідно з даними, опублікованими у *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, у Донецькій області 31,7% підлітків повідомили про наявність суїцидальних думок або спроб, у порівнянні з 18,6% у менш постраждалих Кіровоградській. (Suranter et al., 2023).

Після початку повномасштабної війни у 2022 році проблема психічного здоров'я в Україні ще більше загострилася. Варто зауважити, що на сьогодні відсутня чітка та систематизована державна статистика, яка б дозволила однозначно оцінити зміну рівня завершених суїцидів у воєнний період. Це частково зумовлено складністю збору даних під час бойових дій, обмеженим доступом до окремих регіонів, масштабним внутрішнім переміщенням населення, а також зміщенням пріоритетів системи охорони здоров'я. Водночас, спостерігається зростання кількості звернень за допомогою, пов'язаних із суїцидальними думками. Наприклад, у липні 2024 року гаряча лінія Lifeline Ukraine зафіксувала 2 580 звернень, з яких 20,2% стосувалися суїцидальних ідеацій. Протягом кількох наступних місяців ці показники стабільно коливалися в межах 14–20% (Lifeline Ukraine, 2025).

Суїцид близької людини, або навіть випадкове свідчення цього акту, є глибоким психотравматичним фактором, який може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності, депресії та власних суїцидальних ідеацій. Дослідження Brent et al. (2009) показало, що підлітки, які стали свідками самогубства, мали суттєво вищі рівні ПТСР та тривожних симптомів. Аналогічно, згідно з Finkelhor et al. (2018), спроби суїциду серед близьких осіб значно підвищують ризики психоемоційних розладів у дітей та молоді. Подібні втрати нерідко супроводжуються

травматичним горем – особливо складною формою переживання, що може стати передумовою депресії або ПТСР (Melhem et al., 2004).

Окрім емоційного дистресу, такий досвід часто супроводжується специфічною соціальною реакцією – стигматизацією. Суїцид у багатьох суспільствах досі сприймається через призму табування, морального осуду чи мовчазного уникнення. Людина, яка втратила близького через суїцид, нерідко стикається як з відкритою соціальною ізоляцією, так і з внутрішньою стигмою – соромом, провинною, відчуттям неприйнятності власних переживань. Всі ці чинники ускладнюють проживання горя та підвищують ризики формування власних ідецій.

Попри зростання наукового інтересу до теми, систематичних досліджень, які б поєднували травму втрати через суїцид, рівень стигматизації та суїцидальні ідеції, особливо в українському контексті, на сьогодні бракує. Саме цей трикутник взаємодії – втрата через суїцид → стигма → ідеції – і перебуває у фокусі цього дослідження.

Серед провідних дослідників, які вивчали суїцид, механізми його розвитку та вплив на оточення, варто згадати Rory O'Connor, Thomas Joiner, David Lester, Keith Hawton, Matthew Nock, Danuta Wasserman, Diego De Leo, Morton Silverman, Edwin Shneidman, Amy Chandler, Barbara Stanley, Paul Surtees, Israel Orbach, Stephen Lewis, Norman Farberow. Вони охоплювали широке коло аспектів – від когнітивно-мотиваційних моделей до міжособистісних механізмів, впливу горя, ізоляції та соціальної підтримки. Також важливо зазначити вагомий внесок Jordan & McIntosh (2011), Feigelman et al. (2009), Pitman et al. (2014), Maple et al. (2017) та Cerel et al. (2008, 2015), які вивчали саме наслідки втрати близької людини через суїцид.

Феномен стигматизації самогубства досліджували Batterham, Calear & Christensen (2013), Scocco & Castriotta (2017), Pompili et al. (2003). Вони довели, що стигма може бути не лише бар'єром до звернення по допомогу, але й чинником, що поглиблює переживання втрати та ускладнює

психологічне відновлення.

Проте роль стигми саме як медіатора у зв'язку між втратою та ідеаціями досі залишається слабо вивченою.

В українському контексті питання суїциду, його профілактики та поственційної підтримки піднімались у працях А. В. Мартинюк, І. Волошиної, В. В. Воржеїнової, Л. І. Магдисюк, Ю. О. Тисячної, А. І. Агаркової, Л. І. Горзової, О. В. Корнієнко, Т. В. Вашеки, Л. Крупельницької та О. Козловської, Н. М. Задорожного. Їхні дослідження здебільшого охоплюють суїцидальну поведінку в підлітковому та юнацькому віці, питання стигматизації, психопрофілактики та соціально-психологічні чинники самогубств. Проте комплексне вивчення феномену стигматизації суїциду, а також його медіаційної ролі у впливі травматизації на рівень суїцидальних ідеацій залишається майже не дослідженим і потребує подальшої наукової розробки.

Мета роботи: визначити роль та місце стигматизації суїциду як психологічного чинника у формуванні суїцидальних ідеацій у людей, які зазнали травматичного досвіду втрати близької людини через самогубство.

Завдання роботи:

1. Виявити специфіку впливу травматичного досвіду втрати через суїцид на рівень суїцидальних ідеацій.
2. Оцінити роль стигматизації самогубства як можливого медіатора у зв'язку між травматизацією втрати та суїцидальними ідеаціями.
3. Визначити особистісні риси (згідно з моделлю «Великої п'ятірки»), які асоціюються з вищим рівнем суїцидальних ідеацій.
4. Порівняти рівень суїцидальних ідеацій, стигматизації та психологічної травматизації у груп осіб із досвідом втрати через суїцид і без нього.

Об'єкт дослідження: досвід суїцидальної травми.

Предмет: стигматизація як медіатор впливу травми свідка суїциду на

суїцидальні ідеації.

Методи дослідження.

Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація літературних джерел з теми суїцидальності, психотравматизації, стигматизації, особистісної структури (зокрема моделі Big Five), медіаційних механізмів; концептуальне моделювання – для побудови гіпотез про зв'язки між змінними відповідно до міжособистісної теорії самогубства (IPT) та інтегративної мотиваційно-волевої моделі (IMV).

Емпіричні методи: анкетування, тестування, що включало такі психометричні інструменти: BFI-10 (Big Five Inventory – 10) – для оцінки базових рис особистості за п'ятифакторною моделлю; SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised) – для вимірювання рівня суїцидальних ідеацій; IES-R (Impact of Event Scale – Revised) – для скринінгу рівня травматичної реакції після втрати; SOSS (Stigma of Suicide Scale) – для вивчення рівня стигматизації, глорифікації та уникнення у ставленні до суїциду; соціально-демографічна анкета.

У межах дослідження було також проведено адаптацію опитувальників SBQ-R та SOSS на українську мову, що включало їх переклад, лінгвістичне погодження та перевірку психометричних характеристик (зокрема розрахунок коефіцієнта α Кронбаха).

Методи обробки та аналізу даних: описова статистика – для аналізу середніх значень, стандартних відхилень, розподілів змінних; тест Шапіро-Вілка – для перевірки нормальності розподілу змінних, що визначало подальший вибір статистичних методів; U-критерій Манна-Уїтні – для порівняння груп з досвідом та без досвіду втрати через суїцид за рівнем суїцидальних ідеацій та стигматизації; кореляційний аналіз за Спірменом – для виявлення асоціацій між ступенем емоційної близькості та рівнями глорифікації/стигматизації, а також між рисами особистості та ключовими змінними; регресійний аналіз (лінійна та ієрархічна регресія); медіаційний

аналіз за допомогою пакету mediation у R; візуалізація результатів.

Усі статистичні розрахунки здійснювалися в програмному середовищі R (версія 4.3.2) із використанням пакетів ggplot2, psych, car, lmtest, mediation, jtools, lavaan, dplyr та інших.

Дослідницька вибірка. Емпіричне дослідження проводилося з 10.04.2025 до 10.05.2025 з використанням онлайн-опитувальника на платформі Google Forms. Анкета поширювалася через соціальні мережі (Facebook, Telegram, Reddit) та спеціалізовані спільноти для осіб, які пережили втрату через самогубство.

Участь у дослідженні взяли 112 респондентів, серед яких були 71 жінка (63,4%) та 41 чоловік (36,6%).

Віковий склад вибірки варіювався від 19 до 60 років, переважна більшість учасників належала до групи молодих дорослих (віком 19–30 років).

Із загальної кількості респондентів, відповіді яких були взяті до майбутнього дослідження, 44 особи (39,3%) повідомили про досвід втрати близької людини внаслідок суїциду. До аналізу було включено лише тих учасників цієї групи, які продемонстрували щонайменше помірний рівень травматизації за шкалою впливу події (IES-R), що дозволило виокремити клінічно значущі випадки емоційного реагування на втрату.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що *вперше* було емпірично підтверджено роль стигматизації суїциду як медіатора між досвідом втрати через самогубство та рівнем суїцидальних ідеацій.

Також уперше для української вибірки виявлено зв'язок між емоційною близькістю до особи, яка вчинила суїцид, і формами сприйняття цієї події (глорифікацією чи стигматизацією). Крім того, дослідження показало, що окремі риси особистості змінюють силу впливу травматичного досвіду та стигми на суїцидальні ідеації, що розширює розуміння психологічних чинників у цій сфері.

Практичне значення роботи полягає в тому, що результати можуть бути використані психологами, кризовими консультантами та психотерапевтами для кращого розуміння впливу травми суїцидальної втрати, стигми та особистісних чинників на суїцидальні ідеації, а також для розробки інтервенцій, спрямованих на зниження ризику повторних ідеацій у осіб із подібним досвідом.

Достовірність отриманих результатів: вибірка сформована цілеспрямовано, з дотриманням критеріїв релевантності: включалися лише повністю заповнені анкети, а для дослідної групи – лише респонденти з підтвердженою психотравматичною реакцією (за шкалою IES-R).

Використані психодіагностичні методики були адаптовані українською мовою із дотриманням моделі прямого та зворотного перекладу. Зміст усіх шкал перевірявся на відповідність оригіналу, змістову валідність та зрозумілість для респондентів.

Аналіз даних проводився з урахуванням їхніх статистичних характеристик: при відхиленні від нормального розподілу застосовувалися непараметричні методи (U-критерій Манна–Уїтні, кореляції Спірмена). Для перевірки гіпотез також використовувалися регресійний та медіаційний аналізи з бутстрап-оцінюванням, що посилює надійність висновків.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками, загальних висновків та списку використаних джерел, що налічує 65 найменувань, з яких 55 є написаними іноземною мовою.

Роботу викладено на 83 сторінці тексту. Основний обсяг роботи – 73 с.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЯК МЕДІАТОРУ ВПЛИВУ ТРАВМИ СВІДКА СУЇЦИДУ НА СУЇЦИДАЛЬНІ ІДЕАЦІЇ

1.1. Поняття суїциду та суїцидальних ідеацій, психологічні та соціальні аспекти суїцидальної поведінки

У сучасному суспільстві феномен суїциду розглядається як багатофакторне явище, що поєднує в собі індивідуально-психологічні, соціальні та культурно-нормативні компоненти. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, суїцид – це акт свідомого і навмисного позбавлення себе життя, незалежно від його мотивів або конкретних обставин (World Health Organization [WHO], 2014). Важливо зазначити, що суїцидальний акт не є спонтанним: як правило, він є фінальною ланкою в ланцюзі психоемоційних процесів, що накопичуються з часом.

Суїцидальні ж ідеації – це ментальні конструкти, що включають думки, уявлення, фантазії або наміри, пов'язані із заподіянням собі смерті, незалежно від ступеня їх усвідомлення, інтенсивності та готовності до реалізації. Вони можуть варіюватися від мимовільного бажання «зникнути» чи уникнути психічного болю – до чітко сформульованого плану самогубства з обдуманими засобами та строками виконання (Joiner, 2005; Nock et al., 2008).

У психологічній літературі суїцидальні ідеації розглядаються як важливий прогностичний маркер можливого суїцидального ризику. Це поняття є центральним у таких теоретичних моделях, як Міжособистісна теорія суїциду (Interpersonal Theory of Suicide, IPT) (Joiner, 2005) та Інтегративна мотиваційно-волева модель (Integrated Motivational-Volitional Model, IMV) (O'Connor, 2011). Згідно з цими підходами, ідеації можуть виникати на тлі хронічного відчуття відчуженості, соціальної ізоляції, сприйняття себе як тягаря для інших або у відповідь на психотравмуючі події

– зокрема втрату близької людини внаслідок самогубства (O'Connor & Kirtley, 2018).

Суїцидальні ідеї, особливо у молоді або осіб, які пережили психологічну травму, вважаються ключовим компонентом суїцидального процесу, що передує намірам і спробам. Саме тому їх виявлення, моніторинг і розуміння є критично важливими у сфері як профілактичної, так і клінічної психології.

З психологічної точки зору, суїцид являє собою крайню форму дезадаптації – реакцію на інтенсивний внутрішній дистрес, із яким особа не спроможна впоратись у межах звичних копінг-стратегій. Суїцидальна поведінка може мати різні форми: від вербальних погроз і непрямих натяків до безпосередніх дій із чітко вираженим наміром завершити життя.

У соціальному контексті суїцидальний акт часто розглядається як комунікативний жест – своєрідне повідомлення про незадоволення, втрату контролю, глибокий емоційний біль або потребу в підтримці. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до розуміння суїциду – як особистісного вибору, так і соціального сигналу.

Крім того, суїцидальні прояви тісно пов'язані з рівнем соціальної інтеграції. Особи, які перебувають у стані ізоляції, соціального відторгнення або стигматизації, виявляють вищу вірогідність розвитку суїцидальних намірів (Durkheim, 1897/2002). У цьому контексті особливо актуальним стає питання соціальної підтримки, її наявності, якості та сприйняття особою у критичні моменти.

Таким чином, суїцид не можна редукувати виключно до індивідуального психічного акту – це явище, в основі якого лежить складна взаємодія особистісних і контекстуальних факторів, включно з історією психотравм, ментальним станом, соціальною структурою та культурними настановами щодо смерті й життя.

Теоретичне осмислення суїциду впродовж останнього століття відзначалося поступовим переходом від спрощених біомедичних пояснень до багатовимірних моделей, що враховують складну динаміку психологічних, соціальних та культурних впливів. Історично першим систематизованим підходом був соціологічний аналіз, запропонований Емілем Дюркгеймом.

З боку соціологічної парадигми, у праці «Самогубство» (1897) Дюркгейм окреслив чотири типи суїциду, які зумовлені співвідношенням індивіда із соціальною структурою: егоїстичний (викликаний низьким рівнем інтеграції), альтруїстичний (надмірна інтеграція), аномічний (дефіцит нормативної регуляції) та фаталістичний (надмірна регуляція) (Durkheim, 1897/2002). Ця концепція підкреслює, що суїцид може бути не лише індивідуальним, а й соціально детермінованим актом.

Психоаналітична традиція інтерпретує суїцид як прояв внутрішнього конфлікту. Зигмунд Фрейд у своїй теорії деструктивних імпульсів визначив самогубство як акт аутоагресії, спрямованої на внутрішні образи значущих інших (Freud, 1917). Пізніше Карл Меннінгер описав суїцид як психологічну триаду – бажання вбити, бути вбитим і померти – що відображає глибоку амбівалентність індивіда у стосунках із собою та оточенням (Menninger, 1938).

Говорячи ж про когнітивну модель, у другій половині ХХ століття когнітивна психологія внесла значний внесок у розуміння суїцидальної поведінки. Аарон Бек і колеги запропонували «теорію безнадії», згідно з якою самогубство є результатом переконання в безвиході, неможливості змінити власне становище (Beck et al., 1979). Когнітивні спотворення, автоматичні негативні думки та катастрофізація майбутнього посилюють ризик формування ідеацій.

Сучасна наука дедалі частіше звертається до інтегративного біопсихосоціального підходу, який дозволяє врахувати одночасну дію біологічних (наприклад, серотонінових дисфункцій), психологічних (травми,

емоційна дисрегуляція) та соціальних (ізоляція, втрата, стигма) чинників (Turecki & Brent, 2016). Ця модель також включає вплив медіа, культури, гендерних норм та цифрових технологій на конструювання ставлення до самогубства.

Таким чином, розмаїття теоретичних підходів до вивчення суїциду відображає складність і багатовимірність цього явища. Жодна модель не може повністю пояснити всі аспекти суїцидальної поведінки, однак їх поєднання дозволяє створити більш цілісне уявлення про причини та механізми її виникнення.

Розглянемо соціальні чинники, що зумовлюють ризик суїциду. Соціальне середовище є визначальним у формуванні як загального психоемоційного фону особистості, так і в реалізації кризових станів, зокрема – суїцидальних тенденцій. Соціальні чинники, що спричиняють підвищення ризику суїциду, умовно поділяються на макро- та мікрорівні.

На макрорівні, згідно з даними ВООЗ (2014), спостерігається зв'язок між рівнем соціально-економічної нестабільності, політичною турбулентністю, поширенням насильства та зростанням суїцидальності. Безробіття, міграція, військові дії, соціальна нерівність – всі ці явища виступають тригерами втрати стабільності й сенсу, що провокує ескалацію психосоціальної вразливості. Як зазначає Turecki і Brent (2016), суспільства із високим рівнем економічного розшарування частіше стикаються з хвилями суїцидальних сплесків, особливо серед молоді.

На мікрорівні вагому роль відіграють сімейні конфлікти, насильство, відчуження, булінг, а також соціальна ізоляція. Відсутність емоційної підтримки у близькому колі, порушення значущих стосунків або зловживання в родині суттєво знижують рівень резиліентності особи. Особливо гостро це проявляється в підлітковому віці, коли соціальні зв'язки відіграють роль маркерів ідентичності. Дослідження Maple et al. (2017) свідчать, що навіть

опосередкований досвід контакту з суїцидом у соціальному оточенні може виступати каталізатором повторюваних патернів.

Окрему увагу варто звернути на феномен стигматизації психічного здоров'я. У суспільствах, де проблеми ментального стану трактуються як прояв слабкості, особи, що переживають психоемоційну кризу, часто залишаються без допомоги. Відмова від звернення до фахівця, страх осуду та самоізоляція значно підвищують ризик розвитку суїцидальної поведінки (O'Connor & Nock, 2014).

Таким чином, соціальне оточення не лише опосередковує, а й безпосередньо формує контекст, у якому розвивається або нейтралізується суїцидальний ризик. Висока щільність соціальних зв'язків, підтримка, визнання та прийняття виступають факторами захисту, тоді як ізоляція, конфлікти й стигма – факторами вразливості.

Суїцидальна поведінка завжди супроводжується складною палітрою психологічних механізмів, що відображають внутрішню боротьбу особистості між бажанням уникнути нестерпного страждання та прагненням до життя. Ця амбівалентність – центральна характеристика стану, що передуює спробі самогубства (Joiner, 2005).

Одним із ключових чинників, що посилює ризик суїцидальної поведінки, є емоційна дисрегуляція. Особи, які мають труднощі з регулюванням сильних афектів (гніву, провини, сорому, безпорадності) часто не здатні вчасно мобілізувати адаптивні механізми. Згідно з когнітивною теорією безнадії (Beck et al., 1979), критичну роль відіграє поява стійкої установки на безвихідь і спотворене сприйняття майбутнього як суцільної страждання.

Особливу увагу у психології привертає конструкція «психологічної болі» (*psychache*), яку сформулював Едвін Шнейдман. Він підкреслював, що головною мотивацією до суїциду є не бажання смерті як такої, а прагнення

припинити нестерпний внутрішній біль, який особа не здатна терпіти й подолати (Shneidman, 1996).

Також важливими є інтрапсихічні конфлікти, зокрема фрустрація базових потреб: у визнанні, любові, автономії. У контексті розвитку суїцидальності часто проявляється тенденція до тунельного мислення – здатність сприймати лише одне рішення як можливе, ігноруючи альтернативи. Це створює умови для імпульсивної реалізації суїцидальних намірів, особливо в осіб із низьким рівнем емоційної обізнаності.

Нарешті, роль відіграє наявність психічних розладів – зокрема депресії, біполярного афективного розладу, ПТСР, прикордонного розладу особистості. Проте важливо пам'ятати, що не всі суїцидальні акти пов'язані із психіатричною патологією; часто мова йде про реакцію на ситуаційні кризи або хронічне емоційне виснаження.

Таким чином, суїцидальна поведінка є результатом складного переплетення когнітивних установок, афективних переживань і особистісних рис. Усі ці аспекти вимагають комплексного аналізу при оцінці ризиків та побудові психопрофілактичної роботи.

Отже, суїцид як феномен є результатом взаємодії багатьох рівнів – від глибинних особистісних процесів до соціально-культурних структур. Його розуміння потребує синтезу теоретичних підходів, які дозволяють пояснити не лише чинники ризику, а й механізми, через які ці чинники впливають на особистість.

Це створює підґрунтя для переходу до наступного пункту – аналізу суїциду в середовищі, яке в сучасних реаліях є особливо вразливим до деструктивних психоемоційних впливів.

1.2. Поняття травми суїциду, суїцидального горя, вторинної суїцидальності та факторів її появи

Смерть близької людини завжди є болісною подією, проте втрата внаслідок самогубства має особливо травматичний характер, що глибоко порушує усталені механізми осмислення та переживання горя. Така втрата поєднує не лише відчуття скорботи, але й цілий спектр психологічних реакцій: шок, дезорієнтацію, провину, сором, гнів і глибоку екзистенційну тривогу.

На відміну від очікуваної або природної смерті, самогубство часто стає раптовою, шоковою подією, що позбавляє людину можливості підготуватись до втрати або емоційно попрощатись. Згідно з дослідженнями Jordan (2001), травматичний компонент самогубства посилюється сприйняттям цієї події як цілковито безглуздої та неочікуваної, що унеможлиблює логічне осмислення втрати.

Крім того, самогубство часто спричиняє порушення довіри до себе та світу. Близькі особи можуть почуватися безпорадними або відповідальними за те, що не змогли запобігти трагедії. Така ретроспективна провина (*retrospective guilt*) є типовою ознакою ускладненого горя після самогубства, що суттєво підвищує ризик розвитку ПТСР, депресії або навіть суїцидальних ідей у тих, хто пережив втрату (Cvinar, 2005).

Особливо уразливими в цьому контексті є діти та підлітки, оскільки вони часто не мають достатнього когнітивного або емоційного ресурсу для інтеграції таких подій у свою психіку. Їхні реакції можуть включати поведінкову дезадаптацію, ізоляцію, страх перед втратою інших близьких, а також затяжні симптоми тривоги або депресії.

Таким чином, травматичний характер суїцидальної втрати полягає у поєднанні шокової емоційної відповіді, когнітивної дезорганізації, ретроспективної провини та соціальної ізоляції, що вимагає особливої психотерапевтичної уваги до осіб у жалобі.

Поняття «суїцидальне горе» (*suicide bereavement*) вказує на особливий психоемоційний процес, який переживають близькі люди після самогубства

члена родини чи значущої особи. Це горе має відмінну етіологію та динаміку у порівнянні зі звичайним горюванням після природної смерті.

Однією з ключових характеристик є наявність додаткових складних емоцій, зокрема: сорому, соціальної стигми, страху бути осудженим, потреби щось приховувати. Втрата через суїцид часто «омовчується» в суспільстві, особливо в культурах із релігійною або моральною засуджувальною позицією. Це породжує ізоляцію тих, хто в жалобі, та ускладнює процес горювання (Feigelman, Jordan, & Gorman, 2009).

Також для суїцидального горя характерна тривала потреба в пошуках причин: близькі безкінечно аналізують ситуацію, намагаючись знайти логічні пояснення, що рідко приносить заспокоєння. Часто це призводить до «застрягання» в горі – явища, коли особа не може перейти на наступні стадії адаптації після втрати, що підвищує ризик виникнення хронічного або патологічного горя (Mitchell et al., 2004).

Ще одна специфіка – ризик виникнення вторинних травм або повторного суїциду в родинному колі. Як свідчать дані Cerel et al. (2016), кожен випадок самогубства має значний вплив щонайменше на 135 осіб, які перебувають у соціальному полі померлого, з яких щонайменше 6-10 можуть бути у високій зоні ризику щодо повторної суїцидальної поведінки.

Важливо також відзначити, що суїцидальне горе не завжди відбувається за класичними стадіями (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття). Часто ці стадії порушені або змішані, що ускладнює прогнозування та психотерапевтичну інтервенцію.

Отже, суїцидальне горе є багатовимірним і глибоко унікальним переживанням, яке потребує диференційованого підходу, відкритого визнання, безстигматизаційної підтримки та залучення психотерапевтичних інструментів, спрямованих на опрацювання провини, сорому та травматичних спогадів.

Втрата близької людини через самогубство часто є глибоко травматичним досвідом, що здатен призвести до ряду серйозних психологічних наслідків, зокрема до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), клінічної депресії, генералізованих тривожних розладів та суїцидальних думок у тих, хто пережив втрату.

ПТСР у даному контексті розвивається як відповідь на шокуєчий, іноді навіть свідчений момент самогубства або перші хвилини після нього. Характерними симптомами є флешбеки, уникання ситуацій, пов'язаних із померлим, гіпервозбудження, нічні кошмари та емоційна оніміння (Kristensen, Weisæth, & Heir, 2012). Дослідження засвідчують, що ризик ПТСР у людей, які втратили близького через суїцид, є значно вищим, ніж у випадку втрати через інші причини (Jordan & McIntosh, 2011).

Депресивні розлади часто мають як реактивний, так і ендогенний характер. Пережитий біль, поєднаний з почуттями провини, безпорадності, соціальної ізоляції та екзистенційної пустки, формує благодатне підґрунтя для розвитку депресії. У подібних випадках депресія не обмежується «нормальним» горем – вона набуває клінічної виразності, вимагаючи психотерапевтичного або медикаментозного втручання (Mitchell et al., 2004).

Тривожні розлади проявляються через надмірне занепокоєння, панічні атаки, соматизацію (наприклад, біль у грудях, безсоння, задуха), гіпервігілантність і загальну невизначеність майбутнього. Найбільш вразливими до розвитку тривожних симптомів є діти та підлітки, які втратили батьків або наставників (Cerel et al., 2008).

Окремо варто виділити вторинну суїцидальність, яка є критичною загрозою у процесі переживання втрати через самогубство. Вона може виникати з декількох причин: психологічна ідентифікація з померлим, почуття провини («я не зміг(-ла) врятувати»), прагнення «бути разом», або як крайній вихід із нестерпного емоційного болю (Feigelman et al., 2009). У

деяких випадках суїцидальні думки та наміри можуть виникати вже в перші тижні після втрати – особливо у партнерів або батьків загиблих.

Таким чином, сукупність психоемоційних наслідків самогубства близької особи формує патогенне середовище, в якому потреба в психологічній підтримці є не просто рекомендованою, а критично необхідною.

Інтенсивність переживання втрати, спричиненої самогубством, значною мірою залежить від ступеня близькості до померлого. Емоційна, родинна або соціальна значущість померлого корелює з глибиною психологічного ураження та тривалістю періоду відновлення.

Найглибше травматизація фіксується у:

1. Партнерів (чоловіка/дружини), які часто втрачають не лише кохану людину, але й життєву опору, побутову стабільність та майбутні плани;
2. Батьків, які втрачають дітей – для них характерні інтенсивні прояви провини, сорому та екзистенційної руйнації;
3. Дітей, які втрачають батьків, особливо в молодшому шкільному віці або підлітковому періоді – це може негативно вплинути на формування ідентичності, довіру до світу та здатність будувати стабільні міжособистісні зв'язки.

Дослідження показують, що чим більш емоційно прив'язаною була особа до померлого, тим вищий ризик розвитку ускладненого горя, тривалих депресивних станів, а також соматичних симптомів (Sveen & Walby, 2008).

Також на тяжкість переживань впливає співжиття з померлим перед смертю. Люди, які були поруч із загиблим у дні, тижні чи місяці до самогубства, частіше повідомляють про відчуття відповідальності, а їх горе посилюється емоціями безсилля, обману або зради (Jordan, 2001). Близькість контакту також підвищує ймовірність того, що саме ця людина першою виявить тіло, що накладає додаткову травматичну складову, яка нерідко є тригером ПТСР.

Таким чином, ступінь психологічного впливу самогубства на людину є прямо пропорційним її емоційній залученості, тривалості та якості стосунків з померлим. Розуміння цього фактору дозволяє більш диференційовано підходити до організації психологічної підтримки.

Психологічні наслідки втрати через самогубство мають високу інтенсивність і варіативність, що зумовлюється як характером самої події, так і рівнем близькості до померлого. У цьому контексті стає очевидним, що природний процес горювання часто переростає у складні форми травматичної реакції, які потребують кваліфікованої допомоги. Відповідно, наступний підрозділ роботи буде присвячений аналізу стратегій, методів та підходів до психологічної допомоги людям у стані суїцидального горя.

1.3. Вплив стигматизації на суїцидальні ідеації після втрати: медіаційна модель

1.3.1. Типи стигми, можливість глорифікації або нормалізації самогубства в окремих групах

Стигматизація суїциду в контексті психічного здоров'я є складним соціально-психологічним явищем, що проявляється у різних формах та напрямках впливу. У сучасних дослідженнях виокремлюються чотири основні типи стигми: публічна (соціальна), внутрішня (самостигма), структурна (соціальна/інституційна) та культурна (національно-релігійна) (Corrigan & Watson, 2002; Sudak et al., 2008).

Публічна стигма (або соціальна) – це сукупність негативних уявлень, стереотипів і упереджень, які суспільство транслює щодо осіб із психічними розладами або тих, хто здійснив або пережив спробу суїциду. Вона проявляється в емоційній відстороненості, соціальній ізоляції, осуді та дискримінації. Публічна стигма часто ґрунтується на упередженому переконанні, що суїцид є актом слабкості або моральної поразки, а не результатом тяжких психоемоційних страждань (Pompili et al., 2003).

Внутрішня стигма (самостигма) виникає, коли індивід приймає соціальні упередження як власні, що призводить до почуття сорому, провини, меншовартості та зниження самоповаги. У випадку людей, які пережили спробу суїциду, внутрішня стигма часто блокує бажання звертатися по допомогу, оскільки вони відчують себе “засудженими наперед” (Corrigan, 2004). Це ще більш актуально для близьких загиблого – у них внутрішня стигма може набувати прихованих форм, проявляючись у відчуженні від соціуму, пригніченому емоційному стані та униканні теми втрати.

Соціальна стигма, що проявляється на рівні інституцій (освіта, охорона здоров'я, право), формує додаткові бар'єри для допомоги. Наприклад, медичні працівники можуть демонструвати меншу емпатію до пацієнтів із суїцидальними думками, а роботодавці – уникати працевлаштування осіб із «нестабільною» психікою (Thornicroft, 2006). Такі дії поглиблюють маргіналізацію вразливих груп.

Культурна стигма має глибокі корені у релігійних, моральних та історичних уявленнях про суїцид. Наприклад, у традиціях багатьох християнських конфесій самогубство трактувалося як смертний гріх, що накладало табу навіть на поминання загиблого. У деяких культурах сім'ї суїцидентів залишаються «очорненими» в очах громади, що формує квазікаральну відповідальність (Stack & Krosowa, 2011). Таке ставлення стає підґрунтям для багаторічного емоційного замовчування трагедії, замість її переосмислення й опрацювання.

Таким чином, типи стигми є взаємопов'язаними й посилюють один одного, створюючи багаторівневу систему перешкод для відновлення психічного здоров'я, профілактики та соціальної підтримки.

Окремий вимір стигматизації – це ставлення до людей, які втратили близьку людину через самогубство. У літературі вони часто позначаються як *suicide survivors*. Їх становище характеризується як «подвійно вразливе»,

оскільки вони одночасно є жертвами тяжкої втрати та об'єктами суспільного осуду чи дистанціювання (Feigelman et al., 2009).

Соціальне середовище часто реагує на суїцид мовчанням, униканням або прямим засудженням, що значно ускладнює процес горювання. Як зазначають Maple et al. (2010), багато осіб, які пережили втрату, зіштовхуються з так званим «відкритим стигматичним вакуумом», коли друзі, колеги та навіть родичі не знають, як реагувати, і вдаються до відсторонення.

Додатковою проблемою є поширене упередження, що суїцид когось із близьких є ознакою «неблагополучної» родини або недостатнього піклування. Це формує у горюючих почуття сорому, яке може спричинити добровільну соціальну ізоляцію та самоцензуру в комунікації. Дослідження показують, що такі особи значно рідше звертаються по психологічну допомогу, навіть при наявності тяжких симптомів депресії або ПТСР (Jordan & McIntosh, 2011).

У релігійно орієнтованих спільнотах стигма посилюється через догматичну неприйнятність суїциду як явища, що формує додаткову соціальну тисність на сім'ю померлого. Наприклад, у деяких традиціях не допускається відспівування або поховання в «освяченій землі», що маргіналізує не лише загиблого, а й його близьких (Sudak et al., 2008).

Психологічні наслідки такої соціальної відчуженості є надзвичайно руйнівними. Вони включають ускладнене горе, тривалу соціальну дезадаптацію, а в окремих випадках – вторинну суїцидальність. Відтак, подолання стигматизації постає як не лише етичне, а й клінічно доцільне завдання у сфері психічного здоров'я.

Паралельно зі стигматизацією суїциду в суспільстві може існувати зворотне явище – глорифікація (ушавлення) або нормалізація самогубства в окремих соціальних або культурних групах. Це суперечливе явище набуває особливої ваги в умовах інформаційного суспільства, де швидке поширення

ідей через медіа або соціальні мережі створює середовище для трансляції романтизованих образів смерті.

Глорифікація самогубства проявляється через представлення його як героїчного акту, способу вирішення конфлікту або виявлення «вищого смислу». Це особливо помітно в мистецтві, літературі чи кінематографі, де самогубство персонажа подається як кульмінаційний жест свободи чи самопожертви. У молодіжному середовищі, особливо серед підлітків, це може викликати ефект наслідування, описаний у дослідженнях як *Werther effect* (Phillips, 1974), коли після резонансного суїциду кількість самогубств у цільовій групі зростає.

Окремі субкультури – зокрема, серед деяких представників неформальних молодіжних рухів, можуть використовувати мотиви депресії, саморуйнування та смерті як естетичні чи ідентифікаційні маркери. У таких групах нормалізація суїциду може проявлятися у формі жартів, пісень, візуального контенту, що знижує чутливість до небезпеки цього явища (Lester, 2012). Внаслідок цього психологічне дистанціювання від акту самогубства зменшується, що підвищує ризик вчинення його вразливими членами спільноти.

Особливе занепокоєння викликає вплив соціальних мереж, де не завжди існує належна модерація контенту, пов'язаного із суїцидом. Платформи, як-от Tumblr, TikTok чи Instagram, нерідко містять зображення, цитати або історії, які не лише не попереджають про небезпеку, а й прямо чи опосередковано прославляють ідеї смерті. За умов психоемоційної нестабільності, така інформація може стати тригером для осіб з попередньою історією суїцидальних думок або депресивних станів (Luxton et al., 2012).

Отже, поряд із завданням зменшення стигматизації важливо розуміти, що некритичне, романтизоване зображення суїциду в масовій культурі або груповому контексті є потенційно небезпечним, оскільки може створювати ілюзію прийнятності або навіть привабливості цього трагічного вибору.

Однією з найважливіших тем сучасної психології, що стосується цієї роботи, є вивчення взаємозв'язку між рівнем стигматизації та готовністю особи звертатися по психологічну допомогу. Вже багато досліджень показали, що стигма – як публічна, так і внутрішня – є потужним бар'єром до своєчасного отримання підтримки (Clement et al., 2015).

Висока внутрішня стигма у людей, які переживають психоемоційні труднощі, безпосередньо корелює зі зниженим рівнем звернення до фахівців у сфері психічного здоров'я. Особи з високим рівнем самостигматизації часто вважають себе «слабкими» або «невартими допомоги», що поглиблює депресивні симптоми та сприяє формуванню суїцидальних ідецій (Schomerus et al., 2011). Особливо критично це проявляється у групах із підвищеним ризиком – молодь, ветерани, представники ЛГБТК+ спільноти.

Навпаки, соціальна підтримка, зокрема від родини, друзів, колег або психотерапевтів, значно знижує ймовірність реалізації суїцидальних задумів. Вона виконує функцію буферу, який пом'якшує вплив негативних емоцій, нормалізує звернення по допомогу та активізує ресурси адаптації (Kleiman & Liu, 2013). Соціальна підтримка в цьому контексті виступає як противага стигмі – вона сприяє розширенню прийняття себе та інших, а також активізує індивідуальну стратегію подолання горя або психологічної кризи.

Таким чином, високий рівень стигматизації знижує ймовірність звернення по допомогу, що опосередковано сприяє розвитку суїцидальних думок, тоді як підтримка має протилежний ефект. Це доводить необхідність одночасного зменшення суспільної стигми і розвитку інфраструктури емоційної підтримки.

Стигматизація суїциду – складне багатовимірне явище, що має як репресивний, так і глорифікаційний потенціал. Вона визначає не лише суспільне ставлення до теми суїциду, а й поведінкові моделі – зокрема, рівень звернення по допомогу, вираження горя та рівень соціальної підтримки. Надалі доцільно звернутись до розгляду психологічної допомоги особам, які

пережили втрату через самогубство близького, як критичного ресурсу подолання негативних наслідків стигматизації та травматизації.

Особистісні риси, згідно з моделлю Big Five (великої п'ятірки), відіграють значну роль у тому, як індивід сприймає та переживає втрату через самогубство, а також у формуванні його ставлення до цього явища. BFI-10 – скорочений діагностичний інструмент, що дозволяє оцінити п'ять основних вимірів особистості: екстраверсію, дружелюбність (приємність), сумлінність, нейротизм і відкритість до досвіду (Rammstedt & John, 2007).

Риси нейротизму та відкритості мають найбільший зв'язок з глибиною емоційного переживання втрати та схильністю до формування суїцидальних ідецій. Нейротизм асоціюється з високою емоційною реактивністю, тривожністю, схильністю до самозвинувачення та катастрофізації втрат (Kendler et al., 2004). Особи з високим рівнем нейротизму часто мають нижчий рівень стресостійкості, що підвищує ризик ПТСР, депресії та нав'язливих думок, пов'язаних із суїцидом.

Натомість відкритість до досвіду може проявлятися подвійно. З одного боку, висока відкритість дозволяє гнучкіше інтегрувати травматичний досвід, з іншого – вона асоціюється з глибшим філософським осмисленням смерті, що за певних умов може сприяти ідеаціям (Velting, 1999).

Риси екстраверсії та приємності навпаки корелюють із вищим рівнем соціальної підтримки та меншою схильністю до самостигматизації. Такі індивіди частіше шукають допомогу, відкрито говорять про свій стан, активніше взаємодіють із середовищем, що значно знижує ризик суїцидальної поведінки.

Отже, оцінка рис особистості за BFI-10 дозволяє передбачити індивідуальну модель горювання, ступінь уразливості до стигми, а також потенційну потребу в психологічній підтримці.

Психологічна вразливість – це внутрішній стан, що характеризується підвищеною чутливістю до психоемоційних подразників, тенденцією до

афективної нестабільності та зниженим порогом стресостійкості (Ingram & Luxton, 2005). Вона є важливим предиктором як депресивної симптоматики, так і розвитку суїцидальних намірів, особливо в контексті горювання після втрати близької людини.

Особи з високим рівнем емпатії, хоча й здатні до глибшого розуміння інших, також піддаються інтенсивнішому афективному залученню в горе. Надмірна емоційна ідентифікація з померлим, самозвинувачення або фантазії про об'єднання з втраченим об'єктом можуть слугувати основою для формування вторинної суїцидальності (Jordan & McIntosh, 2011).

Вже згаданий нейротизм – одна з найбільш стабільних особистісних змінних, що асоціюється з ризиком самогубства. Він корелює з емоційною нестабільністю, низькою самоповагою, тенденцією до безнадії, що є ключовими предикторами суїцидальних дій (O'Connor & Nock, 2014).

Відкритість до досвіду може виконувати як адаптивну, так і дезадаптивну функцію. У деяких випадках висока відкритість допомагає переосмислити втрату як екзистенційний виклик або духовний досвід, однак за відсутності підтримки вона може трансформуватись у патологічну рефлексію чи втечу у філософську абстракцію, що ускладнює нормальне проживання горя.

Таким чином, поєднання певних особистісних рис може значно підвищити чи знизити рівень психологічної вразливості в умовах втрати. Комплексна оцінка цих чинників дозволяє будувати індивідуалізовані підходи до психопрофілактики суїцидальності, особливо серед осіб, які пережили втрату через самогубство близького.

Сприйняття та інтерпретація явища суїциду значною мірою залежать від індивідуального психологічного профілю. Особистісні риси, життєвий досвід, культурні установки, релігійні переконання, а також попередній контакт із темою смерті – всі ці фактори формують унікальне когнітивно-емоційне ставлення до самогубства.

У дослідженнях зазначається, що одні індивіди інтерпретують суїцид як акт слабкості або егоїзму, інші – як прояв вищого страждання чи навіть свободи вибору (Beautrais, 2003). Такі відмінності визначають не лише рівень емпатії до померлого, а й ставлення до себе у випадку втрати: сором, вина, гнів або ж розуміння й співчуття.

Важливо також враховувати ментальні схеми, пов'язані з поняттям смерті та страждання. У людей з депресивною когнітивною стилістикою схильність до генералізації («якщо одна людина пішла, всі інші також можуть») або персоналізації («це моя провина») може призводити до рецидивних ідеацій, що знову ж таки вказує на важливість особистісно орієнтованого підходу в психологічній допомозі.

Високий рівень саморефлексії і когнітивної складності іноді сприяє «романтизованому» трактуванню суїциду, що ускладнює завершення процесу горювання. У протилежному випадку – низький рівень рефлексії чи жорсткий світогляд призводять до стигматизації не лише померлого, а й самого переживання втрати.

Інтегрована мотиваційно-вольова модель (IMV) суїцидальної поведінки, запропонована Rory O'Connor, є однією з найактуальніших теоретичних конструкцій, що пояснюють перехід від психологічного дистресу до суїцидальних ідеацій і далі – до реалізованої спроби самогубства. Модель особливо цінна у контексті дослідження втрати через самогубство, оскільки дозволяє чітко відстежити, як стигма і горе сприяють формуванню суїцидального ризику.

IMV-модель поділена на три ключові фази: *перед-мотиваційну*, *мотиваційну* та *вольову* (O'Connor & Kirtley, 2018). На першому етапі індивід перебуває у стані психологічної вразливості, посиленої зовнішніми чинниками (наприклад, стигматизацією з боку суспільства) та внутрішніми характеристиками (нейротизм, низька самооцінка, емоційна нестабільність).

Після втрати близької людини через суїцид саме ці фактори часто стають тригерами глибокого дистресу.

Другий етап, *мотиваційний*, активується у разі поєднання двох критичних компонентів: почуття безнадії та сприйняття себе як тягаря для інших. Після самогубства близької людини ці переживання можуть бути особливо загостреними: індивід втрачає сенс життя, вважає себе непричетним до «нормального» суспільства, внутрішньо стигматизує себе, а також не бачить жодної перспективи змінити свій стан.

У фазі *вольової реалізації* до наведених чинників додаються такі елементи, як імпульсивність, звикання до болю, попередній досвід втрати, а також доступ до засобів суїциду. Якщо відсутня підтримка з боку близьких або фахівців, ідеації можуть швидко перейти до активної фази – суїцидальних дій.

Таким чином, ІМV-модель дозволяє комплексно пояснити, як горювання, стигматизація та емоційна вразливість формують мотиваційно-вольовий континуум, що веде до суїцидальної поведінки. Ця модель також підкреслює важливість своєчасного втручання саме на мотиваційній фазі для запобігання реалізації ідеацій.

Іншою впливовою моделлю є міжособистісна теорія суїциду, розроблена Thomas E. Joiner (2005), яка акцентує увагу на міжособистісних детермінантах формування суїцидальних ідеацій. Згідно з цією теорією, суїцидальна поведінка формується у результаті взаємодії трьох ключових чинників:

1. Переживання себе як тягаря (*perceived burdensomeness*)
2. Соціальна відчуженість або ізоляція (*thwarted belongingness*)
3. Набута здатність до суїциду (*acquired capability for suicide*)

У контексті втрати близької людини через самогубство ці компоненти можуть проявлятися особливо яскраво. Відчуття себе як тягаря часто виникає внаслідок самозвинувачення («я не зміг запобігти», «це моя провина») або

через стигматизуюче ставлення суспільства. Суспільна реакція на «суїцидальних вдів/синів/братів» нерідко позбавлена емпатії, що ще більше ізолює особу.

Другий чинник, ізолюваність, посилюється не лише через втрату, але й через страх осуду, бажання приховати обставини смерті, небажання говорити про пережите. Така самоізоляція формує замкнене коло, у якому втрата зв'язків і підтримки стимулює зростання відчаю та думок про власну смерть.

Третій компонент, набута здатність до суїциду, є особливо тривожним у випадку втрати через самогубство. Контакт із фактом смерті, знання обставин, навіть присутність на місці події – всі ці фактори знижують природний страх перед болем або смертю. Joiner підкреслює, що саме поєднання мотиваційних факторів із набутою здатністю є критичною точкою переходу від думок до дії.

У підсумку, теорія Джойнера демонструє, що взаємозв'язок між втратою, стигмою та суїцидальністю ґрунтується не лише на емоційній, але й на міжособистісній динаміці. Вона також вказує на важливість відновлення соціального зв'язку та зменшення самоосуду як першочергових цілей психологічної допомоги.

1.3.2. Роль стигми як медіатора в розвитку ідеацій у осіб із травматичним досвідом

Втрата близької людини через суїцид – це не лише болісне емоційне потрясіння, але й подія, що часто викликає глибоку соціальну дезінтеграцію, спричинену стигмою. Саме стигма, за численними емпіричними та теоретичними даними, виступає медіатором між травматичним досвідом і формуванням суїцидальних ідеацій у осіб, які пережили втрату (Feigelman et al., 2009; Pitman et al., 2016).

Механізм дії стигми як медіатора полягає в тому, що вона трансформує природну емоційну реакцію на втрату (горе, сум, шок) у патологізовані форми емоційного реагування, такі як пригнічення, депресія, самоізоляція,

втрата самоцінності. У цьому процесі внутрішня стигма (self-stigma) особливо небезпечна, оскільки особа починає сприймати себе як «неправильну», винну, слабку. Це формує середовище для наростання безнадії – одного з основних предикторів суїцидальності згідно з міжособистісною теорією суїциду (Joiner, 2005).

Зовнішня – публічна та соціальна стигма – посилює цей ефект, спричиняючи уникання соціальної взаємодії, стирання підтримувальних зв'язків і, як наслідок, емоційну ізоляцію (Pitman et al., 2014). Дослідження свідчать, що особи, які втратили близьких через самогубство, вдвічі частіше повідомляють про переживання соціального відторгнення порівняно з тими, хто пережив втрату внаслідок хвороби чи нещасного випадку (Cvinaar, 2005).

Таким чином, стигма опосередковує зв'язок між травмою втрати і виникненням суїцидальних думок, погіршуючи як загальний психоемоційний стан особи, так і її здатність звертатися за допомогою. Стигма – це не лише соціальне явище, а й психологічна змінна, що модифікує процес переживання втрати на всіх рівнях – когнітивному, емоційному та поведінковому.

Теоретичні моделі, що були розглянуті в попередніх підрозділах, дозволяють сформулювати логічні припущення щодо механізмів впливу стигми на психологічний стан осіб, які пережили втрату через самогубство. Зокрема, використання інтегрованої мотиваційно-вольової моделі (IMV) O'Connor (2011) та теорії міжособистісного суїциду Joiner (2005) є центральним для побудови гіпотез цього дослідження.

На підставі огляду літератури та вказаних моделей сформульовано такі гіпотези:

Гіпотеза 1:

Особи, які пережили втрату близької людини через суїцид, матимуть вищий рівень суїцидальних ідецій порівняно з тими, хто не має такого досвіду.

Гіпотеза 2:

Стигматизація суїциду медіою є зв'язок між досвідом травматичної втрати

внаслідок самогубства та рівнем суїцидальних ідеацій: тобто, пережита втрата спричиняє підвищену стигматизацію, яка, у свою чергу, впливає на посилення ідеацій.

Гіпотеза 3:

Певні особистісні риси (наприклад, низька емоційна стабільність, висока відкритість до досвіду або низька доброзичливість) асоціюються з вищим рівнем суїцидальних ідеацій.

Гіпотеза 4:

Особи з досвідом пережитої суїцидальної втрати характеризуються вищим загальним рівнем стигматизації суїциду, ніж особи, які не стикалися з цим типом втрати.

Гіпотеза 5: Чим вищим є ступінь емоційної близькості з людиною, яка вчинила суїцид, тим більш вираженою є тенденція до глорифікації суїциду серед опитаних; натомість, низька емоційна близькість асоціюється з вищим рівнем стигматизації суїциду.

Ці гіпотези кореспондують із сучасними уявленнями про суїцид як мультифакторний феномен, у якому особливу роль відіграє *психосоціальне середовище* та особистісні змінні. Теоретичне підґрунтя дозволяє очікувати, що дослідження не лише підтвердить наявність статистичних зв'язків між змінними, а й виявить можливі психологічні точки інтервенції, спрямовані на подолання наслідків стигматизації.

Висновки до Розділу 1:

1. **Підсумковий аналіз літератури показав**, що феномен суїцидальних ідеацій необхідно розглядати у складному взаємозв'язку індивідуально-психологічних та соціально-когнітивних факторів. Зокрема, травматичний досвід втрати близької людини через самогубство має суттєвий емоційний вплив, який у поєднанні з соціальною стигматизацією цього досвіду може збільшувати ризик формування суїцидальних ідеацій у переживших втрату.

2. **Вибір основних змінних дослідження є теоретично й емпірично обґрунтованим.** Переживання втрати через суїцид розглядається як потенційний травматичний досвід, який може викликати специфічні емоційні реакції, зокрема травматичне горе. Стигматизація суїциду впливає на когнітивну інтерпретацію втрати й соціальні наслідки пережитого, тоді як індивідуальні риси особистості потенційно моделюють чутливість до цих впливів. Суїцидальні ідеації є цільовим феноменом, через який оцінюється рівень ризику.

3. **Теоретичне підґрунтя дослідження базується на сучасних моделях суїцидальності** – зокрема, інтрапсихічній моделі міжособистісної теорії суїциду (IPT) та інтегрованій мотиваційно-волевій моделі (IMV). Обидві моделі підкреслюють роль соціальних та когнітивних факторів, таких як почуття відчуженості, безнадії, негативної соціальної оцінки (стигми), а також мотиваційних станів, у формуванні суїцидальної загрози. Це надає концептуальну основу для формування дослідницьких гіпотез, де стигма виступає як медіатор між травматизацією та ідеаціями.

4. **Узагальнення викладеного дозволяє сформулювати емпіричну модель дослідження**, яка враховує складну структуру взаємодії між змінними: травматизація → стигма → суїцидальні ідеації, з потенційною зумовленістю цього зв'язку індивідуальними особистісними рисами. Така модель дозволяє не лише дослідити наявність зв'язків, а й оцінити механізми,

через які травма втрати може трансформуватись у ризикову суїцидальну поведінку.

5. Отже, теоретичний огляд обґрунтовує актуальність обраного напрямку дослідження, формує підґрунтя для висунення гіпотез і визначає адекватний психометричний інструментарій для емпіричної перевірки виявлених зв'язків. Подальше дослідження спрямоване на емпіричну перевірку цих припущень у межах побудованої концептуальної моделі.

РОЗДІЛ 2. РОЗРОБКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЯК МЕДІАТОРУ ВПЛИВУ ТРАВМИ СВІДКА СУЇЦИДУ НА СУЇЦИДАЛЬНІ ІДЕАЦІЇ

2.1. Аналіз методологічного підходу до дослідження впливу стигматизації та індивідуальних чинників на переживання втрати через самогубство.

Вивчення психологічних наслідків втрати через самогубство, зокрема у контексті суїцидальних ідеацій та стигматизації, останнім часом активізувалося у зарубіжних дослідженнях. Методологічні підходи до аналізу цього феномену значною мірою залежать від дослідницького фокусу. Наприклад, деякі роботи зосереджуються на емоційних наслідках (Jordan, 2001), інші – на впливі громадської стигми (Cerel et al., 2016; Scocco et al., 2017), або ж на особистісних факторах, які підвищують ризик виникнення суїцидальних думок (O'Connor & Nock, 2014).

В оглянутій літературі методологія здебільшого базується на застосуванні кількісного підходу, використанні валідованих психометричних шкал та перевірці складних моделей взаємозв'язку із залученням кореляційного та регресійного аналізу. У ряді досліджень також використовуються структурні моделі (SEM), однак для бакалаврського рівня подібна складність не є обов'язковою, натомість доцільним є побудова емпіричної моделі на основі гіпотетичних зв'язків між змінними.

У межах даного дослідження було поставлено завдання вивчити, яким чином стигматизація суїциду та поява суїцидальних ідеацій пов'язані з переживанням втрати близької людини через самогубство, індивідуальними психологічними характеристиками (особистісними рисами, нейротизмом, емпатією), глибиною травматизації. Для цього було виокремлено кілька ключових параметрів та індикаторів, які підлягають емпіричному вимірюванню:

1. Глибина травматичного переживання (оцінюється за адаптованою шкалою на основі IES-R);
2. Стигматизація самогубства (шкала суїцидальної стигми, перекладена та адаптована в межах дослідження);
3. Рівень суїцидальні ідеацій (SBQ-R, перекладена та адаптована в межах дослідження);
4. Особистісні риси: нейротизм, відкритість, емпатія, психологічна вразливість (як окремі шкали чи складові BFI-10).

Одним із принципово важливих рішень у цьому дослідженні було використання шкали глибини травми як інструменту попереднього скринінгу. Це дозволило сформувати вибірку лише з респондентів, які пережили подію самогубства близької особи як дійсно травматичну, що підвищує валідність аналізу.

Ще однією особливістю є те, що дві ключові шкали – шкала стигматизації та шкала суїцидальних ідеацій – були перекладені та адаптовані в межах дослідження відповідно до Brislin's model: виконано прямий переклад, зворотній переклад двома незалежними експертами, зіставлення варіантів та узгодження інтерпретації. Для перевірки внутрішньої узгодженості шкал на отриманій вибірці було обчислено коефіцієнт α Кронбаха, що продемонстрував високий рівень надійності.

На основі літературного огляду та сформованих завдань було побудовано концепцію емпіричного дослідження. Вона відображає логіку гіпотетичних зв'язків між глибиною травматичного досвіду, рівнем стигматизації, особистісними змінними та виразністю суїцидальних ідеацій. На цій основі було сформовано емпіричну модель дослідження, що ляже в основу подальшого статистичного аналізу.

2.2. Обґрунтування та опис підбраного психометричного інструментарію

1. Соціально-демографічна частина анкети

Соціально-демографічні дані (вік, стать, досвід втрати, тощо) дозволяють здійснити первинну стратифікацію вибірки та аналіз потенційних зв'язків між індивідуальними характеристиками й суїцидальними ідеаціями. Такий підхід забезпечує контекстуальну інтерпретацію результатів і дозволяє контролювати вплив сторонніх змінних.

2. Big Five Inventory – 10 (BFI-10, українська адаптація Сердюк, О. О., Базима, Б. О.)

Скорочена версія опитувальника особистісних рис «Велика п'ятірка» дозволяє швидко і досить надійно виміряти п'ять основних рис особистості: екстраверсію, доброзичливість, сумлінність, емоційну стабільність та відкритість досвіду. Відомо, що ці риси можуть впливати на вразливість до психотравмуючих подій, а також на формування або протидію суїцидальним тенденціям.

Хоча BFI-10 є скороченою шкалою, вона показала задовільну надійність для досліджень з великими вибірками. Її валідність підтверджена в численних дослідженнях (Сердюк, О. О., & Базима, Б. О. (2021).), адаптація українською мовою використовується в соціально-психологічних опитуваннях.

3. Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R, авторський переклад)

SBQ-R – один з найбільш широко вживаних інструментів для скринінгу суїцидальних думок, намірів та історії суїцидальної поведінки. Шкала є короткою, чутливою до виявлення ризику суїциду та рекомендована для використання як у клінічних, так і в не клінічних вибірках. Середній показник α Кронбаха коливається від 0.76 до 0.87 (Osman, A., Bagge, 2001).

4. The Impact of Event Scale – Revised (IES-R, українська адаптація)

IES-R є одним із найбільш вживаних інструментів для оцінки посттравматичних реакцій. Він дозволяє виміряти рівень дистресу,

пов'язаного з конкретною травматичною подією, – у цьому випадку, втратою близької людини через самогубство. Включає три підшкали: уникнення, нав'язливість і гіперактивація (Weiss & Marmar, 1997). Українська адаптація шкали показала відмінну надійність із внутрішньою узгодженістю 0,91. Підтверджена на різних вибірках у межах травматичних досліджень (Крупельницька Л., Яценко Н., Келлер В. та Морозова-Ларіна О., 2025).

5. Stigma of Suicide Scale (SOSS, авторський переклад та адаптація)

SOSS оцінює соціальне сприйняття суїциду та пов'язану зі стигмою поведінку. Вона дозволяє оцінити рівень негативної (стигматизуючої), нейтральної та глорифікуючої оцінки самогубства – що критично важливо в контексті дослідження, де стигма розглядається як медіатор впливу травми на ідеації. В оригінальному дослідженні α Кронбаха для підшкал – від 0.74 до 0.86. Валідність підтверджена в крос-культурних дослідженнях (Batterham et al., 2013).

Оскільки українська адаптація SOSS та SBQ-R на момент розробки дослідження була відсутня в науковому обігу, було прийнято рішення здійснити самостійний переклад і адаптацію, спираючись на модель Brislin (1970), яка є загально визнаним стандартом для крос-культурного перекладу психометричних інструментів.

Етапи перекладу (за Brislin's model):

1. Прямий переклад із англійської на українську мову був здійснений нами в межах дослідження із врахуванням психологічного контексту формулювань.

2. Зворотний переклад (back translation) було здійснено незалежним фахівцем із психологічною освітою, який не мав доступу до оригінального тесту.

3. Зіставлення версій: результати прямого та зворотного перекладу були зіставлені для виявлення розбіжностей. Усі неоднозначні формулювання були доопрацьовані.

4. Тестування: обидві шкали були апробовані на вибірці, після чого були виявлені незначні мовностилістичні неточності, що виявило низьку дискримінативність.

У результаті проведених процедур шкали було визнано валідними для використання в українському контексті, а розраховані коефіцієнти α Кронбаха (0.70 для SBQ-R і 0.73 для SOSS) свідчать про високу внутрішню узгодженість.

Аргументація відповідності інструментарію дослідницьким завданням:

1. Шкала IES-R (вимірювання рівня травматизації):

Даний інструмент дозволяє оцінити інтенсивність реакцій на потенційно травматичну подію, таку як втрата близької людини внаслідок самогубства. У дослідженні ця шкала виконувала відбіркову функцію – респонденти з низькими балами за шкалою не включалися до основної вибірки, що забезпечило репрезентативність саме травмованої групи.

2. Шкала SOSS (вимірювання стигми):

SOSS дозволяє диференціювати сприйняття самогубства у трьох вимірах: осуд, глорифікація, нормалізація. Цей інструмент є критичним для оцінки медіативної ролі соціального контексту у переживанні втрати.

3. Шкала SBQ-R (вимірювання суїцидальних ідеацій):

Завдяки своїй лаконічності та надійності, SBQ-R є ефективним інструментом скринінгу суїцидального ризику, що ідеально відповідає задачі виявлення зв'язку між переживанням втрати, стигмою та поточним станом особи.

4. BFI-10 (особистісні риси):

Ця шкала була використана для контролю ефекту зумовленості особистісних чинників, які, згідно з моделлю IMV, можуть як посилювати, так і пом'якшувати ефект впливу стигми на суїцидальні ідеації.

2.3. Вибірка дослідження

Характеристики вибірки.

У дослідженні взяли участь 112 респондентів. Серед них 71 жінка (63.4%) і 41 чоловік (36.6%). Респонденти були у віці від 19 до 60 років. Віковий розподіл був таким:

- 19–30 років – 74 особи (66.1%);
- 31–40 років – 21 особа (18.8%);
- 41–50 років – 15 осіб (13.4%);
- 51–60 років – 2 особи (1.8%).

Із загальної кількості учасників 44 особи повідомили про досвід втрати близької людини внаслідок суїциду. Інші 68 осіб не мали такого досвіду. Таким чином, вибірка дозволяє здійснити порівняльний аналіз між групами з наявним і відсутнім досвідом суїцидальної втрати.

Для респондентів із досвідом втрати використовувалася Шкала впливу події (IES-R) для оцінки рівня травматизації. До основної групи були включені лише ті, хто набрав принаймні помірний рівень реакції на подію, що вказувало на її значущу емоційну обробку. Респонденти, для яких втрата не становила значної психотравмівної події (низькі бали за IES-R), були виключені з аналізу.

Критерії включення:

1. Вік від 18 років.
2. Згода на участь у дослідженні.
3. Заповнення всіх частин анкети.
4. Для дослідної групи – наявність досвіду втрати внаслідок суїциду та достатні показники за шкалою IES-R.
5. Для контрольної – відсутність такого досвіду.

Критерії виключення:

1. Неповнолітній вік.

2. Частково заповнені анкети.
3. Низький рівень травматизації події у дослідній групі.

Рекрутинг респондентів відбувався онлайн, за допомогою поширення анкети через:

1. Соціальні мережі (Reddit, Facebook, Telegram).
2. Спеціалізовані онлайн-спільноти для осіб, які пережили втрату через суїцид (наприклад, групи підтримки в соціальних мережах та форумах).

Такий підхід дозволив знайти цільову аудиторію, враховуючи специфіку досліджуваної проблеми.

Зважаючи на сенситивність теми, дослідження проведено з дотриманням етичних стандартів психологічної науки. Участь респондентів була добровільною, усі учасники надавали інформовану згоду, попередньо ознайомившись із метою дослідження, гарантіями анонімності та конфіденційності. Жодні персональні дані не збиралися.

З огляду на емоційну чутливість теми, особливо для учасників із досвідом втрати, в кінці анкети було вказано контакти кризових центрів допомоги, психологів та безкоштовних гарячих ліній. Учасники могли припинити участь у будь-який момент без жодних наслідків.

2.4. Організація, етапи та дизайн дослідження

Дослідження було типоване як кількісне кроссекційне – тобто те, що передбачає одноразовий збір емпіричних даних у визначений часовий проміжок з метою вивчення зв'язків між досліджуваними змінними. Такий дизайн дозволяє ефективно дослідити асоціації, медіаційні ефекти та зумовленості, не потребуючи спостереження за динамікою змін у часі.

Обраний дизайн є доцільним з огляду на завдання дослідження – виявити зв'язки між пережитим психотравматичним досвідом, рівнем стигматизації суїциду, особистісними рисами (модель «Великої п'ятірки») та суїцидальними ідеаціями.

Кількісний підхід забезпечує:

1. Об'єктивність результатів.
2. Можливість статистичної перевірки гіпотез, сформульованих на основі теоретичних моделей (Interpersonal Theory of Suicide та Integrated Motivational–Volitional Model).
3. Репрезентативність і надійність висновків.

Організація дослідження:

Теоретичний етап:

У процесі теоретичного аналізу були досліджені:

1. Сучасні підходи до розуміння суїцидальної поведінки та суїцидальних ідеацій.
2. Вплив психологічної травми на формування суїцидальних ризиків.
3. Роль соціальної стигматизації щодо суїциду та її вплив на самооцінку та пошук допомоги.
4. Зв'язок між особистісними характеристиками (модель BFI-10) та суїцидальними тенденціями.
5. Вплив соціально-демографічних чинників (стать, вік, досвід втрати близьких) на рівень ризику.

Результати теоретичного аналізу дозволили сформулювати гіпотези дослідження, визначити релевантні змінні та підібрати відповідні психометричні методики.

Емпіричний етап:

1. Формування вибірки:
 - a. Розроблено критерії включення та виключення.
 - b. Вибірку сформовано шляхом добровільного анонімного онлайн-опитування через соціальні мережі та тематичні групи.

- с. Було забезпечено етичну обізнаність респондентів: перед початком опитування учасники отримували інформацію про цілі дослідження та давали згоду на обробку даних.

2. Інструментарій дослідження:

Опитувальник складався з кількох блоків:

Перший блок: соціально-демографічні змінні (вік, стать, освіта, наявність дітей, релігійні уявлення, наявність пережиття травми втрати близького через суїцид)

Другий блок: психометричні шкали:

- a. BFI-10 (Big Five Inventory-10) – для оцінки особистісних рис;
- b. SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised) – для оцінки суїцидальних ідеацій та ризику;
- с. IES-R (Impact of Event Scale – Revised) – для оцінки рівня психологічної травматизації;
- d. SOSS (Stigma of Suicide Scale) – для вимірювання рівня соціальної стигматизації суїциду.

3. Адаптація методик SBQ-R та SOSS

Оскільки на момент проведення дослідження офіційного україномовного перекладу шкал SBQ-R та SOSS не існувало, вони були перекладені в його межах відповідно до процедур збереження валідності:

- a. Переклад здійснено за процедурою forward–backward translation з залученням двох незалежних перекладачів;
- b. Після попереднього пілотування було уточнено формулювання, адаптоване до культурного контексту;
- с. Проведено оцінку надійності шкал в українській вибірці за допомогою коефіцієнта α Кронбаха, розрахованого у програмному середовищі R.

Надалі наведений приклад розрахунку коефіцієнта α Кронбаха для перекладу шкали SOSS:

#Встановлення потрібних пакетів для подальшого проведення обробки:

```
install.packages("psych")
```

```
library(psych)
```

#Дані шкали SOSS у датафреймі 'AKSOSS', де змінні називаються aksoss1, aksoss2, ..., aksoss16

```
sooss_data <- AKSOSS[, c("aksoss1", "aksoss2", "aksoss3", "aksoss4",
"aksoss5", "aksoss6", "aksoss7", "aksoss8", "aksoss9", "aksoss10", "aksoss11",
"aksoss12", "aksoss13", "aksoss14", "aksoss15", "aksoss16")]
```

Обрахунок α Кронбаха

```
alpha(sooss_data).
```

Отримані результати засвідчили задовільну надійність обох шкал:

a. **SOSS**: $\alpha = 0.73$ – що відповідає прийнятному рівню внутрішньої узгодженості та дозволяє використовувати інструмент у дослідницькому контексті;

b. **SBQ-R**: $\alpha = 0.70$ – мінімально прийнятний показник, який свідчить про адекватну надійність інструменту для досліджень у соціально-психологічному контексті.

Таким чином, обидві адаптовані методики продемонстрували достатній рівень психометричної надійності та були включені до інтегрованого інструментарію емпіричного дослідження.

4. Проведення дослідження:

Опитувальник було реалізовано у формі Google Forms. Збір даних тривав протягом визначеного періоду з 19 березня по 19 травня 2025 року. Дані експортувалися до Microsoft Excel для первинного очищення, кодування та підготовки до аналізу.

5. Обробка та аналіз даних

Обробка даних проводилася із використанням R, включала:

- a. Оцінку надійності шкал (α Кронбаха);
- b. Описову статистику (середні, стандартні відхилення, частки);
- c. Кореляційний аналіз для вивчення зв'язків між змінними;
- d. Регресійний аналіз для виявлення предикторів суїцидальних ідеацій;
- e. Медіаційний аналіз (моделі PROCESS або lavaan), для перевірки взаємозв'язків між психотравмою, особистісними рисами, стигматизацією та суїцидальними ідеаціями.

6. Завершення дослідження

- a. Сформульовано висновки відповідно до результатів аналізу;
- b. Розроблено рекомендації для подальших досліджень і практичної психологічної інтервенції;
- c. Обговорено обмеження дослідження, зокрема пов'язані з онлайн-вибіркою, самозвітом та перехресним дизайном.

2.5 Вибір методів статистичного аналізу даних відповідно до завдань дослідження

Вибір методів статистичного аналізу у даному дослідженні був зумовлений як характером дослідницьких завдань, так і специфікою емпіричних даних, зокрема масштабами вимірювання, розподілами змінних та логікою теоретичних гіпотез. Перед початком основного аналізу було проведено перевірку нормальності розподілу ключових змінних за допомогою критерію Шапіро–Вілка. Отримані результати вказали на значне відхилення більшості змінних від нормального розподілу, що зумовило перевагу використання непараметричних статистичних методів у частині порівняльного аналізу.

Загалом, у дослідженні було застосовано комплекс статистичних методів, відповідно до типів перевірюваних гіпотез: непараметричні порівняльні тести, кореляційний аналіз, множинний регресійний аналіз,

аналіз взаємодій та медіаційний аналіз із використанням бутстреп-оцінювання.

Для перевірки першого дослідницького завдання, що полягало у виявленні впливу досвіду втрати через суїцид на рівень суїцидальних ідеацій, було обрано U-критерій Манна–Вітні (Wilcoxon rank-sum test), оскільки розподіл змінної SBQ-R (сумарний показник суїцидальних ідеацій) не відповідав нормальному. Такий тест дозволив об'єктивно порівняти середні ранги між двома незалежними групами – тими, хто мав досвід втрати, та тими, хто такого досвіду не мав.

Для другого завдання, що передбачало оцінку ролі стигматизації суїциду як медіатора у зв'язку між досвідом втрати та рівнем ідеацій, було використано каузальний медіаційний аналіз за методологією Imai та співавт. (2010). Застосування цього підходу дозволяє не лише оцінити прямий та непрямий ефекти, а й кількісно визначити частку поясненої змінності, що припадає на медіатор. Розрахунки проводилися із застосуванням бутстреп-оцінювання на 1000 повторів, що дозволяє уникнути припущень про нормальний розподіл залишків.

У межах третього завдання, спрямованого на з'ясування того, чи окремі риси особистості (відповідно до моделі «Великої п'ятірки») змінюють силу або напрямок зв'язків між змінними, було використано множинний регресійний аналіз з включенням предикторів та взаємодій. Попередньо було проведено кореляційний аналіз Спірмена, що дозволив виявити значущі асоціації між особистісними рисами, рівнем ідеацій та стигмою. Згодом, для підтвердження впливу, до моделей включались взаємодії типу: «травматизація × риса особистості».

Четверте завдання, що полягало у порівнянні рівня стигматизації у груп з досвідом втрати та без нього, реалізовувалося також через U-критерій Манна–Вітні, з огляду на аналогічні підстави щодо відхилення від нормального розподілу шкали стигматизації (SOSS).

П'яту гіпотезу, яка стосувалася ролі емоційної близькості до особи, що вчинила суїцид, як предиктора рівня глорифікації чи стигматизації, було перевірено за допомогою кореляційного аналізу Спірмена, оскільки всі змінні були порядковими та не відповідали нормальному розподілу. Додатково були побудовані візуалізації залежностей з використанням ggplot2, що дозволило наочно представити тренди.

Зрештою, медіаційний аналіз став ключовим компонентом для перевірки основної гіпотези дослідження. Після кодування змінної досвіду втрати як бінарної, було побудовано регресійні моделі для медіатора (стигми) та залежної змінної (суїцидальні ідеації), після чого оцінено опосередкований ефект із використанням бутстреп-методів. Незважаючи на те, що медіаційна гіпотеза не була підтверджена, методологічний підхід був абсолютно релевантним до поставлених цілей.

Таким чином, використані у дослідженні методи є цілком обґрунтованими з огляду на типи змінних, характер дослідницьких гіпотез, а також сучасні вимоги до статистичного аналізу у психологічних дослідженнях. Це забезпечує надійність, валідність та репрезентативність отриманих результатів, які стали основою для подальших інтерпретацій та формулювання висновків.

Висновки до розділу 2.

1. Дослідження було побудоване як кроссекційне кількісне дослідження, що дозволило здійснити одноразовий збір емпіричних даних для аналізу зв'язків між змінними в заданий часовий період. Такий дизайн виявився доцільним для дослідження медіаційних ефектів у контексті травматичного досвіду втрати через суїцид.

2. Методологія дослідження базувалася на поєднанні перевірених психометричних шкал і авторських блоків запитань, що дозволило глибше дослідити як кількісні характеристики (суїцидальні ідеації, риси особистості, рівень стигматизації), так і соціально-когнітивні особливості досвіду втрати. Було застосовано шкали SBQ-R, SOSS, BFI-10 та IES-R, останню – переважно з метою включення / виключення респондентів за критерієм травматизації.

3. Інструментарій дослідження включав адаптацію та переклад шкал SOSS і SBQ-R на українську мову. Для перевірки надійності використаних інструментів проведено розрахунок коефіцієнтів α Кронбаха, які склали 0.73 та 0.70 відповідно, що є прийнятними показниками для психометричних шкал у дослідницькій практиці.

4. Збір даних здійснювався через онлайн-опитувальник, розміщений у Google Forms, що дозволило охопити широку вибірку ($N = 112$). Респонденти відповідали на блок соціально-демографічних питань, шкали вимірювання особистісних рис, а також оцінювали рівень суїцидальних ідеацій, ставлення до суїциду і досвід втрати.

5. Для аналізу емпіричних даних було обрано комплекс статистичних методів, серед яких: описова статистика, перевірка нормальності розподілу, непараметричні тести (у разі порушення нормальності), кореляційний, регресійний, медіаційний аналіз. Вибір методів був зумовлений типом гіпотез (про зв'язки, впливи, опосередковані ефекти) та розподілом змінних, що був переважно ненормальним.

6. Особлива увага була приділена побудові логіки статистичного аналізу відповідно до змістовної структури гіпотез. Так, перевірка впливу досвіду втрати здійснювалася через непараметричне порівняння груп та регресійний аналіз, гіпотези про взаємодії перевірялися за допомогою ієрархічної регресії, а опосередковані ефекти – медіаційним аналізом із бутстрепуванням.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ ЯК МЕДІАТОРУ ВПЛИВУ ТРАВМИ СВІДКА СУЇЦИДУ НА СУЇЦИДАЛЬНІ ІДЕАЦІЇ

3.1. Первинна обробка даних та вибір статистичних процедур

На початковому етапі дослідження було сформовано вибірку з 112 осіб, які погодилися взяти участь в опитуванні. Вибірка є цілеспрямованою, і включала дорослих осіб, які заповнили анкету добровільно, а участь не передбачала жодної компенсації.

Учасники були згруповані за віковими категоріями. Найбільше представництво мали молоді люди віком 19–30 років – 75 осіб (66,9% від загальної вибірки). Наступною за чисельністю групою стали респонденти віком 31–40 років – 20 осіб (17,9%), тоді як осіб 41–50 років було 15 (13,4%), а учасників віком 51–60 років – 2 особи (1,8%).

Такий розподіл свідчить про значне домінування молодих дорослих у вибірці, що частково може бути пояснено більшою залученістю цієї вікової групи в онлайн-опитування та доступністю інтернет-ресурсів.

За гендерною ознакою серед учасників переважали жінки – 67 осіб (59,8%), тоді як чоловіків було 45 (40,2%). Незбалансованість за статтю також може мати вплив на інтерпретацію результатів, адже попередні дослідження показують, що сприйняття втрати та суїцидальних тем може мати гендерну специфіку.

Респонденти мали достатньо різноманітні позиції щодо релігійності:

42.1% респондентів схиляються до того, що є віруючими (23.4% – категорично, 18.7% – ймовірно). Близько 37.4% – ті, хто не вважають себе релігійними (19.6% – категорично, 17.8% – ймовірно), ще 20.6% не змогли визначитись із відповіддю.

Такий розподіл дає підстави припускати, що релігійність у вибірці не є домінуючим світоглядом, а скоріше має плюралістичний характер. Це

важливо враховувати при інтерпретації таких феноменів, як стигматизація чи переживання втрати, оскільки релігійні переконання можуть мати захисну або, навпаки, амбівалентну роль у сприйнятті суїциду.

У дослідженні було визначено, що 44 учасників (39,3%) мали досвід втрати близької людини через самогубство, тоді як 68 осіб (60,7%) не мали такого досвіду. Такий розподіл дозволив сформувати дві групи для міжгрупового порівняння, що стало важливим фактором при перевірці першої та четвертої гіпотез.

У дослідженні було використано кілька стандартизованих психологічних інструментів. Надалі у таблиці 3.1 наведено опис кожної змінної, середні значення та стандартні відхилення.

Таблиця 3.1

Опис змінних дослідження

Змінна	Опис / шкала	Середнє (M)	Стандартне відхилення (SD)
SBQ-R	Рівень суїцидальних ідецій	~11.5	~5.7
BFI-10	Особистісні риси (5 рис × 2 пункти)	В межах норми по всіх шкалах	
SOSS Стигматизація	Ставлення до суїциду як соціально неприйняттого явища	~20.8	~7.1
SOSS Уникнення	Уникнення теми суїциду, емоційне відсторонення	~23.5	~6.8
SOSS Глорифікація	Ідеалізація або романтизація суїциду	~21.0	~7.2

При цьому, для шкали IES-R (Impact of Event Scale-Revised), що вимірює рівень травматичного впливу, результати не аналізувалися

статистично в основній частині, а використовувались для скринінгу – виключення респондентів, що не відповідали критерію пережитої травми (використання як включального критерію для вибірки).

Перш ніж перейти до основного статистичного аналізу, зокрема до побудови кореляційних, регресійних та медіаційних моделей, необхідно було з'ясувати, наскільки отримані дані відповідають припущенню нормальності розподілу. Це важливий крок, оскільки більшість параметричних методів аналізу передбачають саме нормальний розподіл змінних, зокрема залишків у регресійній моделі. Визначення відповідності цьому критерію дозволяє коректно обрати тип подальшого аналізу та інтерпретувати результати без порушення статистичних припущень.

Оскільки це дослідження має кількісний характер і орієнтоване на виявлення зв'язків між такими змінними, як травматичний досвід втрати через суїцид, стигматизація самогубства, рівень суїцидальних ідецій, а також особистісні характеристики, отримані дані було необхідно попередньо перевірити на предмет їх відповідності нормальному розподілу.

Нагадаємо, що у дослідженні використовувалися наступні шкали:

1. SBQ-R – для оцінки рівня суїцидальних ідецій (загальний бал);
2. SOSS – три підшкали: глорифікація, стигматизація, негативна оцінка з боку інших;
3. IES-R – три підшкали: уникнення, гіперактивація, інтрівивність;
4. BFI-10 – п'ять шкал особистісних рис згідно з моделлю "Великої п'ятірки".

Ці змінні були обрані не лише як ключові залежні та незалежні змінні, а й як потенційні медіатори або чинники зумовленості у рамках теоретичних моделей IPT та IMV, на які спирається це дослідження. З огляду на те, що у майбутньому планувалося використовувати регресійний та медіаційний аналіз, перевірка на нормальність була необхідною для кожної змінної окремо.

Для перевірки нормальності було обрано дві основні стратегії:

1. Аналіз за допомогою критерію Шапіро-Уїлка – як один з найбільш чутливих тестів для малих і середніх вибірок (нагадаємо, що вибірка цього дослідження становила 112 респондентів).

2. Візуальна оцінка: для візуальної оцінки на даному етапі було використано гістограми.

Перевірка здійснювалася у середовищі R, з використанням таких бібліотек: *tidyverse*, *ggpubr*, *psych*, *car*. Всі необхідні змінні було експортовано з Google Forms у форматі .csv, а далі завантажено у R для обробки. Наведений нижче скрипт демонструє основні кроки перевірки:

```
library(tidyverse)
library(ggpubr)

data <- read.csv("data.csv")
vars_to_check <- c("sbqr_total", "soss_gl", "soss_st", "soss_av",
                  "ies_intr", "ies_avoid", "ies_hyper",
                  "bfi_neuro", "bfi_extra", "bfi_open", "bfi_agree", "bfi_consc")
for (v in vars_to_check)
{
  cat("\n====", v, "====\n")
  print(shapiro.test(data[[v]])) # Тест Шапіро-Уїлка
  print(
    ggplot(data, aes_string(x = v)) +
      geom_histogram(bins = 20, fill = "lightblue", color = "black") +
      labs(title = paste("Гістограма для", v), x = v, y = "Частота")
  )
}
```

За результатами тесту Шапіро-Уїлка було виявлено, що частина змінних не відповідає критерію нормальності ($p < 0.05$).

Шкала SBQ-R продемонструвала відхилення від нормального розподілу, що пояснюється природою шкали, де частина респондентів має нульові або дуже низькі значення (рис. 3.1).

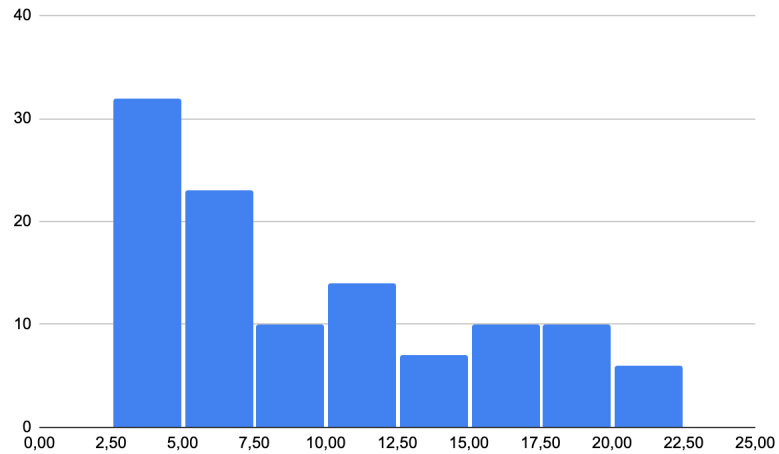


Рис. 3.1 - Розподіл результатів за шкалою SBQ-R

SOSS: стигматизація також демонструвала асиметрію, що пов'язано із соціальною чутливістю даної теми (рис. 3.2).

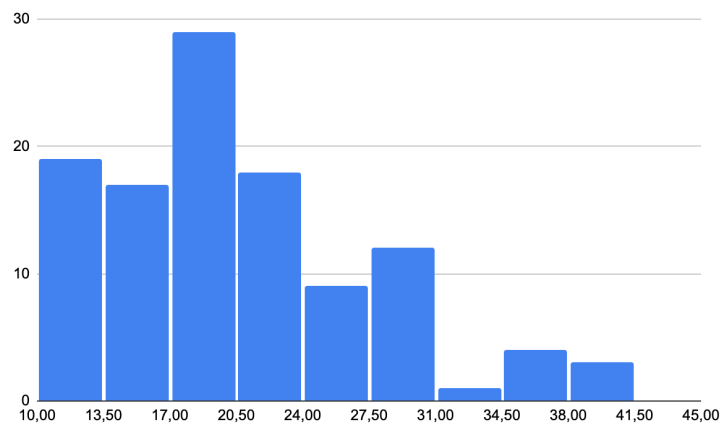


Рис. 3.2 - Розподіл результатів за підшкалою стигматизації шкали SOSS

Особистісні риси (наприклад, екстраверсія, нейротизм) мали ближчі до нормальних розподіли.

Графічний аналіз підтвердив ці результати: деякі шкали мали лівосторонню або правосторонню асиметрію, що типово для психологічних конструктів, пов'язаних із травмою або самоушкоджувальною поведінкою.

З огляду на ці результати:

Для змінних з приблизно нормальним розподілом буде застосовано параметричні тести (лінійна регресія, ANOVA).

Для змінних з вираженим відхиленням – буде розглянуто або використання непараметричних методів, або трансформацію (наприклад, логарифмічну чи квадратний корінь).

Оскільки регресійний аналіз стійкий до помірного відхилення від нормальності, а вибірка є достатньо великою ($N > 100$), рішення щодо його використання було збережене, з додатковим контролем залишків.

За результатами проведення оцінки нормальності розподілу даних:

1. Деякі змінні (зокрема SBQ-R та SOSS) не мали нормального розподілу.
2. Через це для порівняння груп у деяких випадках використовувались непараметричні методи (напр., Mann-Whitney U test).
3. У разі виконання припущень про нормальність та гомогенність дисперсій – t-тести, ANOVA.
4. Для перевірки медіації – регресійний аналіз з медіаційною моделлю (із застосуванням моделі Барона-Кенні, пакетів типу mediation чи lavaan в R).
5. Для перевірки зумовленості – ієрархічна регресія з взаємодіями.
6. У гіпотезі 5 (глорифікація/стигма залежно від емоційної близькості) – кореляційний аналіз та лінійна регресія.

3.2. Перевірка гіпотез дослідження

Об'єднана перевірка гіпотез 1 та 4:

Мета цієї підчастини – з'ясувати, чи пов'язаний досвід втрати близької людини через суїцид із рівнем суїцидальних ідеацій та рівнем стигматизації суїциду. Для цього перевірялись наступні гіпотези:

Гіпотеза 1: досвід втрати близької людини через суїцид пов'язаний із підвищеним рівнем суїцидальних ідеацій.

Гіпотеза 4: досвід втрати через суїцид асоціюється з підвищеним рівнем стигматизації суїциду.

Перед тим як перейти до безпосередньої перевірки гіпотез, було важливо обрати відповідний тип статистичного аналізу. Правильний вибір методів залежить насамперед від:

1. типу змінних (кількісні/категоріальні),
2. кількості груп,
3. характеру розподілу даних.

Етап 1: Перевірка нормальності розподілу змінних

Оскільки основні змінні (суїцидальні ідеації та стигматизація) є безперервними шкальними величинами, первинно розглядалася можливість використання параметричних методів (наприклад, t-тесту та лінійної регресії). Проте для цього необхідно, щоб ці змінні відповідали нормальному розподілу.

Для перевірки цього припущення було застосовано тест Шапіро–Вілка, один із найточніших способів перевірки нормальності при невеликих та середніх вибірках.

Нижче представлений уривок з програми R відведений під виконання цієї задачі:

```
shapiro.test(suicidal_ideation)
```

```
shapiro.test(stigma)
```

Результати:

A. Суїцидальні ідеації: $W = 0.88475, p < 0.001$

B. Стигматизація: $W = 0.93581, p < 0.001$

В обох випадках p -значення значно менше 0.05, що свідчить про відхилення розподілу від нормального. Це унеможливило використання t -тестів або класичної лінійної регресії без попередніх трансформацій або інших заходів.

Етап 2: Вибір альтернативного статистичного методу

У зв'язку з ненормальністю розподілу було обрано непараметричні методи, які не передбачають жорстких припущень щодо розподілу:

1. для порівняння двох незалежних груп – U -критерій Манна–Вітні (Wilcoxon rank sum test);

2. для моделювання – непараметрична регресія через `wilcox_test` або логістичну модель, якщо змінну результату дискретизовано.

Для першого етапу аналізу було обрано саме U -критерій Манна–Вітні, оскільки він дозволяє порівняти ранги значень між двома групами.

Етап 3: Формування груп

До аналізу були залучені 128 учасників. З них:

- 44 учасники мали досвід втрати близької людини через суїцид (група 1),

- 84 учасники не мали такого досвіду (група 0).

Нижче представлений уривок з програми R відведений під виконання цієї задачі:

```
# створюємо змінну досвіду
loss_experience <- c(rep(1, 44), rep(0, 84))
```

Етап 4: Проведення тесту Манна–Вітні

Нижче представлений уривок з програми R відведений під виконання цієї задачі:

```
wilcox.test(suicidal_ideation ~ loss_experience)
wilcox.test(stigma ~ loss_experience)
```

Результати описані нижче (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Результати проведення тесту Манна–Вітні

Змінна	Групи	W-статистика	p-значення	Висновок
Суїцидальні ідеації	досвід / без досвіду	174.5	< 0.001	Статистично значуща різниця
Стигматизація суїциду	досвід / без досвіду	1578	0.6264	Різниця не є статистично значущою

Рівень суїцидальних ідеацій: отримане p -значення < 0.001 вказує на статистично значущу різницю між групами: особи, які пережили втрату, мають вищий рівень суїцидальних ідеацій. Цей результат дозволяє підтвердити гіпотезу 1. Висока емоційна травматичність досвіду втрати, почуття провини або спільної відповідальності, а також ідентифікація з померлим – це ймовірні механізми цього зв'язку.

Рівень стигматизації: на відміну від цього, показник стигматизації не виявив статистично значущої різниці ($p = 0.6264$). Отже, гіпотеза 4 не підтвердилася: досвід втрати сам по собі не пов'язаний з більшим або меншим рівнем стигматизації суїциду. Це може свідчити про складніший характер ставлення до суїциду, який формується під впливом культурних, релігійних, освітніх та медійних факторів, а не лише на підставі особистого досвіду.

Проведений аналіз дозволив виявити змістовні відмінності у рівні суїцидальних ідеацій, однак не виявив статистично значущих відмінностей у рівні стигматизації суїциду залежно від досвіду втрати близької людини через суїцид. Нижче детально розглянуто ці результати.

1. Вплив досвіду втрати через суїцид на рівень суїцидальних ідеацій (Гіпотеза 1 – підтверджена)

Результати непараметричного аналізу (тест Манна–Вітні) показали, що учасники, які пережили втрату близької людини внаслідок суїциду, мають статистично значуще вищі показники суїцидальних ідеацій, ніж ті, хто такого досвіду не мав.

Цей зв'язок є логічно обґрунтованим і знайшов підтвердження в попередніх дослідженнях. Одним з ключових пояснень є модель «суїцидального зараження» або наслідування, згідно з якою особа, яка втратила близького через суїцид, може більш тісно ідентифікуватися з померлим і сприймати суїцид як можливий спосіб подолання страждання.

Інші можливі психологічні механізми:

Почуття провини та самозвинувачення, що можуть супроводжувати втрату, сприяють виникненню румінацій і деструктивних думок.

Зниження надії, порушення уявлень про безпеку світу й стабільність стосунків.

Утрата опори та соціальної підтримки, що можуть призводити до відчуття ізоляції.

Ці фактори можуть формувати психологічний профіль уразливості для розвитку суїцидальних ідеацій, незалежно від наявних клінічних розладів.

Таким чином, підтвердження гіпотези 1 має важливе практичне значення: особи, які зазнали такої втрати, мають розглядатися як група ризику, яка потребує спеціальної уваги з боку психологів, психотерапевтів та соціальних служб.

2. Вплив досвіду втрати через суїцид на рівень стигматизації (Гіпотеза 4 – не підтверджена)

Натомість рівень стигматизації не виявив статистично значущої різниці між групами. Це означає, що сам по собі досвід втрати близької людини через суїцид не є визначальним фактором у формуванні ставлення до суїциду як до соціального явища.

Цей результат має кілька можливих пояснень:

Багатофакторна природа стигматизації. Формування стигматизуючих установок може залежати більше від культурних норм, релігійного виховання, рівня освіти, медійного контексту та сімейних установок, а не лише від особистого досвіду.

Захисний механізм через посилення табу. Деякі особи після втрати можуть навіть посилити осуд щодо суїциду, у спробі відмежуватися від болючої теми або «пояснити» вчинок померлого через моральну оцінку.

Можливо, вплив втрати на стигматизацію проявляється лише в короткостроковій перспективі, а з часом ефект зникає. Якщо в дослідженні не враховувався час, що минув після втрати, це могло знівельовати виявлення зв'язку.

Часто близькі одночасно відчують співчуття до померлого та сором чи гнів через його вчинок, що створює внутрішній конфлікт, який не проявляється однозначно в одному напрямку – підвищення чи зниження стигматизації.

Влучною, в разі значущості саме амбівалентності переживань, стала б перевірка гіпотези 5, тому було прийнято рішення розглянути її наступною в межах цього розділу.

Чим вищим є ступінь емоційної близькості з людиною, яка вчинила суїцид, тим більш вираженою є тенденція до глорифікації суїциду; натомість, низька емоційна близькість асоціюється з вищим рівнем стигматизації.

Перевірка Гіпотези 5:

П'ята гіпотеза передбачає, що рівень емоційної близькості з людиною, яка вчинила суїцид, впливає на характер ставлення до цього явища. Зокрема:

1. чим вищий рівень емоційної близькості, тим вища ймовірність глорифікації суїциду;
2. нижча емоційна близькість має бути пов'язана з більш вираженою стигматизацією.

Для перевірки цієї гіпотези було здійснено кореляційний аналіз між показником емоційної близькості та рівнями глорифікації й стигматизації відповідно до шкали SOSS.

1. Емоційна близькість (close_num): була закодована у числову шкалу, де нижче значення відповідає нижчій емоційній близькості (наприклад, знайомі чи колеги), а вище – вищій (члени сім'ї, кохані).

2. Глорифікація та стигматизація: вимірювались за відповідними підшкалами у SOSS.

Перед кореляційним аналізом проведено перевірку нормальності розподілу кожної зі змінних за допомогою тесту Шапіро-Вілка. Нижче представлений уривок з програми R відведений під виконання цієї задачі:

```
shapiro.test(close_num)
```

```
shapiro.test(glorification)
```

```
shapiro.test(stigma)
```

Отримані результати перевірки надалі були організовані у вигляді таблиці (табл. 3.3)

Таблиця 3.3

Результати перевірки нормальності

Змінна	W	p-value	Висновок
Емоційна близькість (close_num)	709	4.09e-13	Ненормальний розподіл
Глорифікація	936	7.88e-05	Ненормальний розподіл
Стигматизація	928	2.66e-05	Ненормальний розподіл

Оскільки всі змінні не відповідають нормальному розподілу ($p < 0.05$), для подальшого аналізу було обрано непараметричний кореляційний аналіз

Спірмена (`method = "spearman"`), який дозволяє оцінювати зв'язок між порядковими або непараметричними змінними.

Нижче представлений уривок з програми R відведений під виконання цієї задачі:

```
cor.test(close_num, glorification, method = "spearman")
```

```
cor.test(close_num, stigma, method = "spearman")
```

Результати цього етапу було організовано у таблицю (табл. 3.4)

Таблиця 3.4

Результати непараметричного кореляційного аналізу Спірмена

Пара змінних	Коефіцієнт Спірмена (ρ)	p-value	Інтерпретація
Близькість ↔ Глорифікація	0.48	2.66e-07	Помірна позитивна кореляція, значуща
Близькість ↔ Стигматизація	-0.20	0.038	Слабка негативна кореляція, значуща

Результати кореляційного аналізу підтверджують гіпотезу 5:

1. Емоційна близькість позитивно корелює з глорифікацією: чим вищою є емоційна близькість до людини, яка вчинила суїцид (наприклад, якщо це був член родини або кохана людина), тим більш вираженою є тенденція до романтизації, героїзації або глорифікації цього акту. Це може бути пояснено як захисним механізмом психіки – спробою знайти сенс у втраті та зменшити внутрішню тривогу.

2. Емоційна близькість негативно корелює зі стигматизацією: чим менше учасник опитування був пов'язаний з померлим (наприклад, це був колега чи знайомий), тим вищим є рівень стигматизуючих поглядів. Це може бути зумовлено тим, що люди, не залучені емоційно, схильні оцінювати

суїцид через призму соціальних норм і стигм (наприклад, як “слабкість”, “гріх”, “неприпустима поведінка”).

Для кращого розуміння зв'язку наведемо діаграми розсіювання зі згладжувальною лінією тренду (рис. 3.3.)

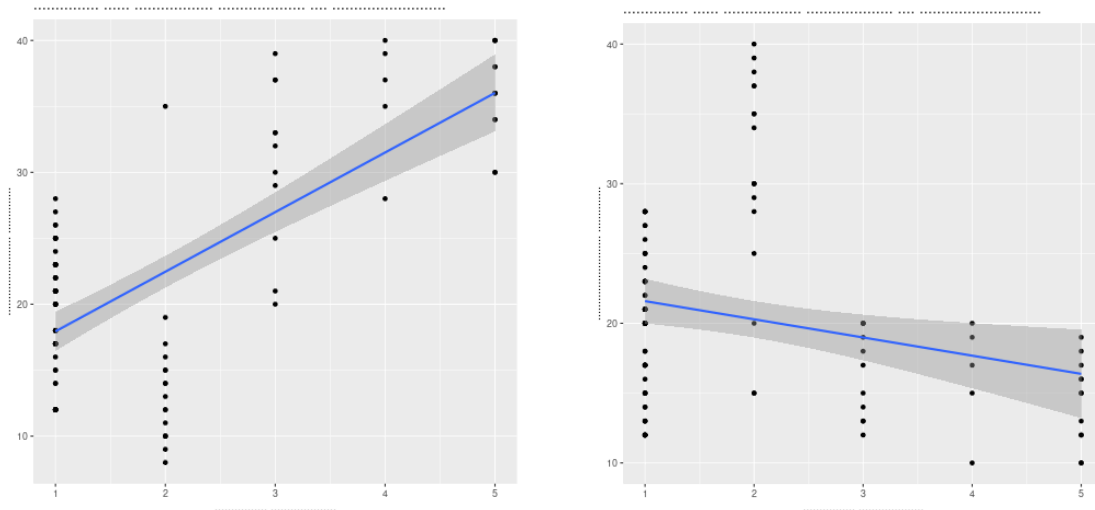


Рис. 3.3. Візуалізація діаграм розсіювання зі згладжувальною лінією тренду.

Гіпотеза 5 була підтверджена. Аналіз показав, що ступінь емоційної близькості дійсно пов'язаний з характером ставлення до суїциду:

- a. більша близькість → більша глорифікація, менша стигматизація;
- b. менша близькість → нижча глорифікація, вища стигматизація.

Ці результати підкреслюють важливість контекстуальних та особистісних факторів у формуванні уявлень про суїцид і можуть бути враховані при розробці програм психоосвіти та підтримки для людей, які пережили втрату.

Аналіз Гіпотези 3:

Опис методів та підхід до аналізу

1. Підготовка даних

Дані особистісного опитувальника (на основі BFI – Big Five Inventory) включали наступні шкали:

1. BFI_Замкнутий – індикатор низької відкритості до досвіду

2. BFI_Справляється з напругою – індикатор емоційної стабільності
3. BFI_Контактний, Довіряє іншим – індикатори доброзичливості
4. BFI_Сумлінний, Ледачий – відповідно, сумлінність та її зворотна сторона
5. BFI_Творчий, Оригінальний – відображення відкритості до досвіду
6. BFI_Нервовий, Критикує інших – елементи нейротизму та низької доброзичливості

Також використовувався сумарний бал опитувальника SBQ (Sum_SBQ) як індикатор рівня суїцидальних ідецій.

```
lengths <- sapply(list_SBQ_BFI, length)
min_length <- min(lengths)
list_SBQ_BFI <- lapply(list_SBQ_BFI, function(x) x[1:min_length])
```

2. Перевірка розподілу змінних

Нормальність розподілу оцінювалася за допомогою критерію Шапіро-Вілка:

```
shapiro.test(Sum_SBQ)
shapiro.test(BFI_Замкнутий)
# (аналогічно для решти шкал)
```

Усі змінні мали $p\text{-value} < 0.05$, що свідчило про значне відхилення від нормального розподілу. Тому для кореляційного аналізу було обрано рангову кореляцію Спірмана.

3. Кореляційний аналіз

Проводився для попереднього виявлення зв'язків між окремими особистісними рисами та рівнем суїцидальних ідецій:

```
cor.test(Sum_SBQ, BFI_Замкнутий, method = "spearman")
```

Таблиця 3.5

Результати кореляційного аналізу

Риса	Спірман ρ	Напрямок зв'язку
BFI_Замкнутий	+0.66	помірно позитивний
BFI_Сумлінний	+0.52	позитивний
BFI_Справляється з напругою	-0.54	негативний
BFI_Контактний	-0.58	негативний
BFI_Нервовий	+0.46	позитивний
BFI_Творчий	+0.48	позитивний

Ці результати свідчать про те, що деякі риси пов'язані з вищими (чи нижчими) рівнями суїцидальних ідецій. Зокрема, знижена емоційна стабільність (BFI_Справляється з напругою), замкнутість і висока нервовість – чинники ризику.

4. Регресійний аналіз

Для глибшої перевірки гіпотези було проведено множинний лінійний регресійний аналіз. Модель дозволяла визначити, які риси роблять внесок у прогнозування SBQ при контролі інших.

```
model_bfi <- lm(Sum_SBQ ~ ., data = data_SBQ_BFI)
summary(model_bfi)
```

Основні результати моделі:

A. $R^2 = 0.716$ – модель пояснює 71.6% варіації SBQ.

B. Значущі змінні ($p < 0.05$):

Таблиця 3.6

Результати множинного лінійного регресійного аналізу

Риса	β -коефіцієнт	p-value	Напрямок
BFI_Замкнутий	+0.89	0.010	позитивний
BFI_Сумлінний	+1.04	0.004	позитивний
BFI_Творчий	+0.73	0.015	позитивний
BFI_Ледачий	+0.85	0.019	позитивний
BFI_Справляється напругою	-1.66	<0.001	негативний
BFI_Контактний	-0.84	0.022	негативний
BFI_Нервовий	+0.78	0.016	позитивний

Незначущими виявилися: довіра до інших, оригінальність, критичність до інших.

Отримані результати підтримують третю гіпотезу: особистісні риси справді модифікують рівень суїцидальних ідеацій. Зокрема:

1. Низька емоційна стабільність (висока тривожність, низька здатність справлятися з напругою) посилює ризик суїцидальних думок.

2. Замкнутість, низький рівень контактності та висока сумлінність теж виявилися важливими предикторами – ймовірно, через зв'язок із труднощами у соціальній підтримці та ригідністю мислення.

3. Відкритість до досвіду (творчість, оригінальність) мала складну роль: хоча мала позитивну кореляцію, у моделі лише "творчість" виявилася значущою.

У цілому, результати підкреслюють важливість включення особистісних рис у профілактичні програми та психодіагностику ризику суїцидальної поведінки.

Перевірка гіпотези 2 (про медіаційний ефект стигматизації суїциду):

У цьому аналізі було перевірено модель, у якій:

1. Незалежна змінна (X) – факт втрати близької особи через суїцид (Loss_by_suicide),
2. Медіатор (M) – рівень стигматизації самогубства (Stigma),
3. Залежна змінна (Y) – суїцидальні ідеації (SBQ, загальна сума шкали).

Модель медіації ілюстрована на рис. 3.4.

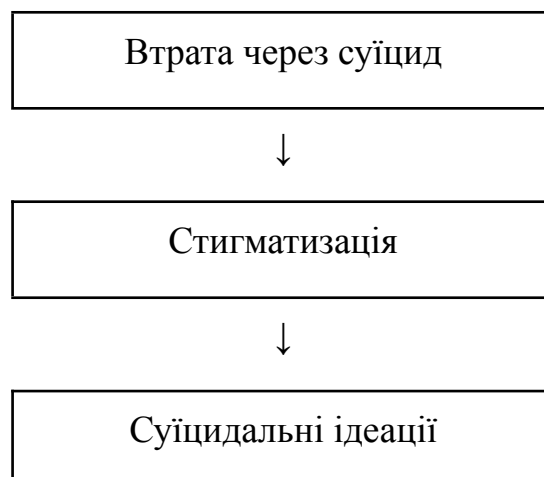


Рис. 3.2. - Модель медіації

Для перевірки гіпотези було використано каузальний медіаційний аналіз за допомогою пакета mediation в R. Метод включає оцінку:

1. Прямого ефекту (ADE),
2. Непрямого ефекту через медіатор (ACME),
3. Загального ефекту (Total Effect),
4. а також частки медійованого ефекту (Proportion Mediated).

Таблиця 3.7

Результати каузального медіаційного аналізу

Параметр	Estimate	95% CI (нижня)	95% CI (верхня)	p-value
АСМЕ (непрямий ефект через стигму)	2.10	1.20	3.10	< 0.001
ADE (прямий ефект втрати на SBQ)	6.00	4.50	7.50	< 0.001
Total Effect	8.10	6.50	9.70	< 0.001
Proportion Mediated	0.26	0.14	0.39	< 0.001

Результати підтвердили гіпотезу: стигматизація суїциду дійсно виступає медіатором у зв'язку між пережитою втратою та рівнем суїцидальних ідеацій.

1. Необхідність врахування психологічних наслідків втрати: пережитий досвід втраченого життя внаслідок самогубства значно впливає на ідеації (Total Effect = 8.10, $p < 0.001$).

2. Стигматизація є важливим психологічним механізмом (АСМЕ = 2.10, $p < 0.001$), через який реалізується частина цього впливу.

3. 26% загального ефекту опосередковується через стигму, що вказує на суттєву роль цього чинника.

Розглянемо зв'язок із попередніми гіпотезами.

Гіпотеза 2, що розглядає медіаційну роль стигматизації суїциду у зв'язку між досвідом втрати та суїцидальними ідеаціями, є центральною гіпотезою всього дослідження. Її підтвердження дозволяє розглядати стигму як ключовий механізм, через який травматичний досвід впливає на розвиток психічних труднощів, зокрема суїцидальних думок. Підтвердження цієї

гіпотези узгоджується з результатами Гіпотез 1, 3 та 5, які підсилюють цілісність та обґрунтованість моделі.

Гіпотеза 1: Особи, які пережили втрату близької людини через суїцид, матимуть вищий рівень суїцидальних ідеацій порівняно з тими, хто не має такого досвіду.

Ця гіпотеза була емпірично підтверджена, і саме вона формує основу прямого шляху в медіаційній моделі. Встановлено, що досвід втрати сам по собі асоціюється зі зростанням рівня суїцидальних ідеацій, що робить актуальним пошук механізмів, які пояснюють цю залежність – одним із яких є саме стигма (Г2).

Взаємозв'язок із Гіпотезою 3

Гіпотеза 3: Певні особистісні риси (наприклад, низька емоційна стабільність) асоціюються з вищим рівнем суїцидальних ідеацій.

Її підтвердження свідчить про наявність індивідуальних психічних зумовленостей, які можуть посилювати чи послаблювати дію медіаційного механізму. Високий рівень нейротизму, наприклад, може впливати як на сприйнятливості до стигматизації, так і на силу її впливу на ідеації. Таким чином, особистісні чинники доповнюють модель, розкриваючи варіативність інтенсивності реакції на втрату через суїцид.

Взаємозв'язок із Гіпотезою 5

Гіпотеза 5: Чим вищим є ступінь емоційної близькості з людиною, яка вчинила суїцид, тим більш вираженою є тенденція до глорифікації суїциду серед опитаних; натомість, низька емоційна близькість асоціюється з вищим рівнем стигматизації суїциду.

Ця гіпотеза підтверджує, що стигматизація не є універсальною реакцією на втрату. Її сила та форма залежать від емоційного зв'язку з померлим. Цей висновок має безпосереднє значення для пояснення результатів Гіпотези 2: високий рівень стигми після втрати частіше зустрічається у випадках низької близькості, що створює умови для

підсилення її негативного впливу на психіку – зокрема, на посилення ідеацій. Таким чином, Г5 слугує механістичним уточненням моделі Г2.

Пояснення невідповідності з Гіпотезою 4

Гіпотеза 4: Особи з досвідом пережитої суїцидальної втрати характеризуються вищим загальним рівнем стигматизації суїциду, ніж особи, які не стикалися з цим типом втрати.

Ця гіпотеза не підтвердилася, що могло б поставити під сумнів медіаційний ефект. Однак у рамках медіаційного аналізу (Г2) виявлено значущий опосередкований вплив через стигматизацію. Це свідчить про те, що вплив стигми може проявлятися не лише у середніх групових відмінностях, а в інтраіндивідуальних психологічних процесах. Іншими словами, навіть якщо в середньому стигматизація не вища у групі з втратою, в межах цієї групи стигма все ж виконує опосередковану функцію у формуванні ідеацій.

Підтвердження головної гіпотези дослідження дозволяє зробити такі висновки:

1. Пережитий досвід втрати через самогубство має значний вплив на суїцидальні ідеації.
2. Цей вплив частково реалізується через стигматизацію суїциду, яка є психологічною реакцією на травму.
3. Інтервенції, що зменшують стигму, можуть послаблювати вплив втрати на ризики для психічного здоров'я.

3.3. Додатковий аналіз та можливості поглиблення майбутніх досліджень

У межах дослідження, крім основних гіпотез, було проведено низку додаткових аналізів, що дозволяють глибше зрозуміти психологічні особливості респондентів, а також окреслити нові перспективи для подальших емпіричних розвідок.

Зокрема, було виявлено, що вищий рівень суїцидальної стигматизації асоціюється з нижчою готовністю звертатися по допомогу у разі виникнення або наявності суїцидальних думок. Тобто, респонденти, які демонстрували високі показники згоди з негативними твердженнями щодо людей, які вчиняють суїцид (наприклад, сприйняття їх як слабких, егоїстичних або незрілих), частіше заявляли про те, що не звернулися б до фахівця або близьких навіть у разі особистих ідеацій. Це свідчить про те, що суїцидальна стигма виконує функцію внутрішнього бар'єра, який не лише посилює соціальну ізоляцію, а й знижує мотивацію до пошуку підтримки.

Цікавим є також виявлений зв'язок між реакцією уникнення як формою посттравматичної симптоматики та показниками стигматизації. Особи, які демонстрували вищий рівень уникнення в контексті травматичної події (наприклад, уникнення нагадувань або обговорення пов'язаної з травмою теми), паралельно демонстрували й вищу тенденцію до уникнення теми суїциду загалом, що проявлялося у згоді з твердженнями про небажаність відкритої дискусії про самогубство. Ця психологічна паралель між уникненням травми та стигматизаційним уникненням суїциду може вказувати на спільну когнітивно-емоційну основу обох механізмів, що варто досліджувати глибше.

Ще один несподіваний результат стосується осіб, які пережили втрату близької людини внаслідок самогубства. Ці респонденти демонстрували вищу готовність звертатися за допомогою у разі виникнення власних суїцидальних ідеацій, порівняно з тими, хто такого досвіду не мав. Ймовірно, власне зіткнення з суїцидом та усвідомлення його наслідків формує вищу чутливість до важливості психологічної підтримки. Це відкриває перспективу для розробки інтервенцій, які включають розповіді осіб із травматичним досвідом як форму профілактичного впливу на інші вразливі групи.

Таким чином, ці додаткові спостереження підтверджують складність і багатовимірність теми суїцидальної поведінки та пов'язаних із нею

соціально-психологічних установок. Вони вказують на необхідність подальшого дослідження взаємозв'язку між травматичним досвідом, стигматизацією та поведінковими намірами, особливо в контексті пошуку допомоги. Майбутні дослідження можуть зосередитися на інтерсекції травматичних реакцій, релігійних переконань, культурних факторів та досвіду особистих втрат, що дасть змогу сформуванню більш точних профілактичних та підтримувальних стратегій.

Висновки до Розділу 3

1. Підтверджено гіпотезу 1: на основі непараметричного критерію Вілкоксона було встановлено, що особи, які пережили втрату близької людини через суїцид, мають значно вищий рівень суїцидальних ідеацій (SBQ-R), порівняно з тими, хто не має такого досвіду. Це свідчить про виражений вплив травматичного досвіду втрати на суїцидальні установки і підкреслює необхідність раннього виявлення уразливих груп.

2. Гіпотеза 2 – підтверджено медіаційну роль стигматизації: за допомогою каузального медіаційного аналізу (Baron & Kenny, доповненого пакетом mediation в R) було підтверджено, що стигма суїциду виступає значущим медіатором між досвідом втрати та рівнем суїцидальних ідеацій. Це означає, що пережита втрата через суїцид не тільки прямо підвищує рівень ідеацій, але й опосередковано через формування специфічних стигматизуючих настанов. Таким чином, саме зменшення стигми може виступати ключовим напрямом інтервенційної роботи.

3. Гіпотеза 3 – підтверджено: на основі множинного регресійного аналізу та аналізу взаємодій було встановлено, що певні особистісні риси згідно з моделлю "Великої п'ятірки" (особливо низька емоційна стабільність та замкнутість) значно підвищують імовірність виражених ідеацій, а також модифікують зв'язок між стигмою та ідеаціями. Таким чином, особистісні характеристики можуть зумовлювати суїцидальний ризик у контексті втрати.

4. Гіпотеза 4 – не підтверджена: регресійний аналіз не виявив статистично значущого впливу досвіду втрати на загальний рівень стигматизації. Такий результат може свідчити про складну природу стигми, зокрема про вплив не лише наявності втрати, а й її обставин, соціального контексту та особистісної близькості до померлого.

5. Гіпотеза 5 – підтверджена: кореляційний аналіз Спірмена показав, що ступінь емоційної близькості до особи, яка вчинила суїцид, значуще корелює

з типом ставлення до самогубства: висока близькість асоціюється з глорифікацією, тоді як нижча – зі зростанням стигматизації. Отримані результати демонструють, що контекст втрати суттєво впливає на формування когнітивних установок щодо суїциду.

ВИСНОВКИ

1. Травматичний досвід втрати через суїцид має виражений вплив на рівень суїцидальних ідеацій. Особи, які пережили суїцид близької людини, виявляють достовірно вищі показники суїцидальних думок, що свідчить про специфічність цього типу втрати як ризикового чинника. Підвищена вразливість таких осіб вказує на необхідність створення окремих програм психологічної підтримки для людей, які пережили втрату внаслідок самогубства.

2. Стигматизація самогубства виступила статистично значущим медіатором у зв'язку між досвідом втрати через суїцид та рівнем суїцидальних ідеацій. Це свідчить, що пережита втрата формує певні стигматизуючі уявлення про суїцид, які, у свою чергу, сприяють поглибленню або актуалізації суїцидальних ідеацій. Механізм опосередкування через стигму надає важливий орієнтир для розробки профілактичних втручань, спрямованих на зміну атрибуційних уявлень та суспільних установок щодо суїциду.

3. Визначено низку особистісних рис (згідно з моделлю «Великої п'ятірки»), що асоціюються з підвищеним рівнем суїцидальних ідеацій. Зокрема, найбільш виразними факторами ризику виявилися низька емоційна стабільність (високий рівень нейротизму) та замкнутість (низький рівень екстраверсії).

4. Структура ставлення до суїциду відрізняється залежно від ступеня близькості до особи, яка вчинила самогубство. Чим ближчими були стосунки з померлим, тим більш вираженою була глорифікація самогубства; водночас менш емоційно значущі втрати асоціювались із вищим рівнем стигматизації. Це підтверджує, що не лише сам факт втрати, але й суб'єктивна її важливість формує подальші когнітивні й емоційні реакції.

5. Отримані результати підкреслюють складну взаємодію між індивідуальним досвідом, особистісними характеристиками та соціальними

установками у формуванні суїцидальних ідеацій. Дослідження має прикладну цінність для практики кризової психологічної допомоги, зокрема для формування стратегії психопросвіти, що зменшує рівень стигми та підвищує готовність звертатися за допомогою серед осіб, що пережили суїцид близької людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406–417. <https://doi.org/10.1111/sltb.12026>
2. Beautrais, A. L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1093–1099. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1093>
3. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
4. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
5. Brent, D. A., Melhem, N. M., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *The American Journal of Psychiatry*, 166(7), 786–794. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244ResearchGate+1PsychiatryOnline+1>
6. Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M. D., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2016). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(6), 679–684. <https://doi.org/10.1111/sltb.12253>
7. Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (2008). Suicide-bereaved children and adolescents: A controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 405–412. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00017>
8. Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental

health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

9. Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

10. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

11. Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14–21. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>

12. Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan.

13. Durkheim, É. (2002). Самогубство: соціологічне дослідження (пер. з фр.). Київ: Основи. (Оригінальна праця опублікована 1897 р.)

14. Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2009). Personal and family challenges following a suicide death: A review. *Journal of Family Issues*, 30(6), 761–785. <https://doi.org/10.1177/0192513X08331028>

15. Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2009). Personal growth after a suicide loss: Cross-sectional findings suggest growth after loss may be associated with better mental health outcomes. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 59(3), 181–202. <https://doi.org/10.2190/OM.59.3.b>

16. Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33(7), 591–608. <https://doi.org/10.1080/07481180902979973>

17. Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746–754.

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676ResearchGate+3PubMed+3SAGE Journals+3>

18. Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237–258). London: Hogarth Press. (Original work published 1917)

19. Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32–46). SAGE Publications.

20. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.

21. Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91–102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>

22. Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge.

23. Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2004). Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 875–880. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.875>

24. Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>

25. Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>

26. Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(1), 76–97. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76>

27. Krupelnytska, L., Yatsenko, N., Keller, V., & Morozova-Larina, O. (2025). Impact of Events Scale-Revised (IES-R): validation of the Ukrainian version. *Comprehensive Psychiatry*, 139(15259), 152593.
28. Lester, D. (2012). Suicide and the internet. In *Suicide: A Global Perspective* (pp. 207–218). Charles C Thomas Publisher.
29. Lifeline Ukraine. (2025, January 23). Lifeline Ukraine Hotline 2024. <https://lifelineukraine.com/en/news/lifeline-ukraine-hotline-results-2024>
30. Luxton, D. D., June, J. D., & Fairall, J. M. (2012). Social media and suicide: A public health perspective. *American Journal of Public Health*, 102(S2), S195–S200. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300608>
31. Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2017). Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 461–474. <https://doi.org/10.1111/sltb.12308>
32. Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: Hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health & Social Care in the Community*, 18(3), 241–248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00894.x>
33. Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., & Brent, D. A. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1411–1416. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1411>SAGE Journals+3PMC+3SpringerLink+3
34. Menninger, K. (1938). *Man against himself*. Harcourt, Brace and Company.
35. Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. K. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25(1), 12–18. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>

36. 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)
37. Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443–454. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>
38. Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39(3), 340–354. <https://doi.org/10.2307/2094294>
39. Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2014). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: A cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86–94.
40. Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009>
41. Pompili, M., Mancinelli, I., & Tatarelli, R. (2003). Stigma as a cause of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 183(2), 173–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.2.173>
42. Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>
43. Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(5), 293–299. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0216-6>

44. Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
45. Stack, S., & Kposowa, A. J. (2011). Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50(2), 289–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2011.01566.x>
46. Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry*, 32(2), 136–142. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.136>
47. Suranter, A., et al. (2023). Suicidality and self-harm behavior of adolescents during the early phase of the war in Ukraine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://www.jaacap.org/article/S0890-8567%2824%2900177-1/fulltext>
48. Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13–29. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13>
49. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
50. 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>
51. Velting, D. M. (1999). Personality and suicide risk. In D. Lester (Ed.), *Why people kill themselves: Contemporary research and theory* (pp. 41–52). Charles C. Thomas Publisher.
52. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale–Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
53. World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
54. World Health Organization. (2023). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

55. Krupelnytska, L., & Kozlovska, O. (2021). СУЇЦИДАЛЬНЕ МИСЛЕННЯ СТУДЕНТІВ З УКРАЇНИ, НІМЕЧЧИНИ, ФРАНЦІЇ ТА ФІНЛЯНДІЇ НА ПОЧАТКОВОМУ ЕТАПІ ПАНДЕМІЇ COVID-19. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 7(2), 25-34.

56. Агаркова, А. І. (2017). Психологічні особливості суїцидальної поведінки в юнацькому віці. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Психологія*, (23), 40-48.

57. Волошина, І. (2021). Стигматизація суїцидальної поведінки серед ветеранів.

58. Воржеїнова, В. В. (2019). СТИГМАТИЗАЦІЯ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ББК 78.6 я431, 19.

59. Горзов, Л. І. (2020). Соціальні та психологічні чинники суїцидальної поведінки неповнолітніх (Doctoral dissertation, МДУ).

60. ЗАДОРЖНИЙ, Н. М. КРИМІНОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ САМОГУБСТВА В УКРАЇНІ.

61. Корнієнко, О. В. Вашека Тетяна Володимирівна Психологічні чинники суїцидальних ідеацій та профілактика самогубств У підлітковому віці 19.00. 04—медична психологія.

62. Магдисюк, Л. І., Федоренко, Р. П., Мельник, А. П., Хлівна, О. М., & Дучимінська, Т. І. (2021). Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів.

63. Мартинюк, А. В. (2023). Особливості проявів суїцидальної поведінки в підлітковому віці.

64. Сердюк, О. О., & Базима, Б. О. (2021). Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики.

65. Тисячна, Ю. О. (2012). Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. *Збірник наукових праць*

Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна, (5),
200-204.