УДК 616.89-008.441.44:159.9
DOI https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2026.3.18

**Горбенко П. В.**
*аспірант PhD-програми зі спеціальності С4 «Психологія»*
*Національного університету «Києво-Могилянська академія»*
*ORCID: 0009-0005-8061-8365*

# ОСОБЛИВОСТІ ПОШУКУ ДОПОМОГИ ПРИ СУЇЦИДАЛЬНОМУ РИЗИКУ

# FEATURES OF HELP-SEEKING IN THE CONTEXT OF SUICIDE RISK

У статті здійснено теоретичний аналіз публікацій українських та зарубіжних дослідників щодо проблеми пошуку допомоги (в закордонній науковій літературі використовується термін «help-seeking») при суїцидальному ризику. Розглянуто теоретичні моделі, які описують різні аспекти пошуку допомоги, зокрема, модель переконань щодо здоров'я, теорію запланованої поведінки та соціо-екологічний підхід. Проведено порівняльний аналіз особливостей пошуку допомоги між кількома групами ризику: підлітками, студентською молоддю, людьми середнього та літнього віку. Окреслено роль найбільш розповсюджених бар'єрів щодо пошуку допомоги – стигми, самостигми, прагнення до самостійного подолання, дефіциту часу, фінансових і логістичних бар'єрів, проблеми конфіденційності та недостатнього розпізнавання ризику в первинній ланці допомоги. Окрему увагу приділено ефекту заперечення допомоги, за якого посилення суїцидальної ідеації може поєднуватися зі зниженням готовності звертатися. В результаті зроблено висновок, що пошук допомоги при суїцидальному ризику є комплексним явищем, а його вдосконалення потребує багаторівневої стратегії: підвищення загальної психологічної та суїцидологічної грамотності, зменшення стигми, навчання представників громад навичками розпізнавання людей із суїцидальними ризиком та комунікації з ними (гейткіпінг), розвитку низькопорогових «точок входу» у систему надання підтримки, раннього скринінгу, активного перенаправлення та моніторингу втрат на маршруті допомоги. Одержані висновки можуть бути використані для планування профілактичних програм і маршрутів підтримки людей із суїцидальними ризиком. Перспективою подальших досліджень є емпіричне вивчення особливостей пошуку допомоги при суїцидальному ризику в Україні, враховуючи прогалини у дослідженнях цієї проблеми в українській науковій літературі.

**Ключові слова:** пошук допомоги, суїцидальний ризик, стигма, психічне здоров'я, самостигма, гейткіпінг, перенаправлення.

This article presents a theoretical analysis of publications by Ukrainian and international researchers addressing help-seeking in the context of suicide risk. Theoretical models describing different aspects of help-seeking are examined, including the Health Belief Model, the Theory of Planned Behavior, and the socio-ecological approach. A comparative analysis is conducted of help-seeking patterns across several at-risk groups, including adolescents, university students, and middle-aged and older adults.

The role of the most prevalent barriers to help-seeking is outlined, including public stigma, self-stigma, a preference for self-reliance, lack of time, financial and logistical barriers, concerns regarding confidentiality, and insufficient recognition of suicide risk within primary care settings. Particular attention is paid to the phenomenon of help negation, whereby increasing suicidal ideation may be accompanied by a reduced willingness to seek help.

The analysis indicates that help-seeking in the context of suicide risk is a complex and multidimensional phenomenon and that its improvement requires a multilevel strategy. Such a strategy should include enhancing general mental health and suicide literacy, reducing stigma, training community members to recognize and communicate with individuals at risk of suicide through gatekeeper training, developing low-threshold entry points into the support system, implementing early screening, providing active referral, and monitoring attrition along the care pathway.

The findings may be used to inform the development of prevention programs and support pathways for individuals at risk of suicide. A key direction for future research is the empirical investigation of help-seeking in the context of suicide risk in Ukraine, given the limited attention this issue has received in Ukrainian academic literature.

**Key words:** help-seeking, suicide risk, stigma, mental health, self-stigma, gatekeeping, referral.

**Постановка проблеми.** Пошук допомоги при суїцидальному ризику є гострою проблемою не тільки для України, а й для багатьох країн світу, в тому числі розвинених країн Заходу. Суїцидальна спроба досить рідко відбувається раптово і спонтанно. Зазвичай їй передує тривалий розвиток суїцидальної кризи, від перших думок про суїцид, сумнівів, вагань, до обдумування плану, підготовки засобів і нарешті – безпосередньої спроби людини піти з життя. Цей період може тривати місяці, а іноді й роки. З одного боку, цей час дає шанс звернутися за фаховою допомогою, поки криза ще не встигла набути надто глибокого характеру. В багатьох випадках медична, соціальна, психологічна, психіатрична допомога, або їх комбінація дійсно знижують почуття відчаю, безвиході і безсилля, допомагають людині побачити рішення проблем, які здавалися невирішуваними і прожити важкі втрати або обставини, які сприймались як нездоланні. Проте люди, що мають думки про суїцид, в силу різних причин часто уникають звернення за допомогою і залишаються поза увагою системи охорони ментального здоров'я, а отже – втрачають шанс отримати фахову допомогу в ситуації, коли найбільше її потребують. Тому ретельне вивчення

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

чинників, які впливають на прийняття рішення про пошук допомоги та особливостей цього процесу у різних категорій людей з суїцидальним ризиком є важливим для вдосконалення програм профілактики суїциду і підвищення, наскільки це можливо, вірогідності звернення за професійною допомогою.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Публікації по темі пошуку допомоги можна умовно об'єднати у три групи. До першої відносяться дослідження щодо особливостей пошуку допомоги з питань ментального здоров'я загалом, де ситуація суїцидальної кризи є лише однією з багатьох можливих, друга фокусується саме на особливостях пошуку допомоги при суїцидальному ризику а третя – має суміжний теоретико-методологічний, або організаційний контекст. При цьому більшість опублікованих досліджень, присвячених проблемі пошуку допомоги саме при суїцидальному ризику, належить зарубіжним науковцям, а наявні українські публікації більше фокусуються на загальному пошуку допомоги та його організаційних аспектах.

Зокрема, Rickwood і Thomas здійснили систематичний аналіз способів, якими в дослідженнях визначали та вимірювали звернення по допомогу з питань психічного здоров'я. Вони запропонували концептуальну рамку, у якій наголошено на необхідності розрізняти тип проблеми, вид допомоги, джерело підтримки та етап звернення, що є особливо важливим для аналізу поведінки людей із суїцидальним ризиком [13, с. 174–176].

Дослідження Czyz et al. описує власні пояснення студентів із підвищеним суїцидальним ризиком, які не звернулися по професійну допомогу. Основними бар'єрами були переконання, що лікування не потрібне, брак часу, перевага самостійного подолання та стигма [8, с. 400–403]. Bornheimer et al. дослідили профілі суїцидального ризику серед студентів і їхні відмінності залежно від кількості та характеру бар'єрів щодо звернення. Автори дійшли висновку, що студенти з підвищеним суїцидальним ризиком не є однорідною групою: кожен з трьох виділених профілів мав відмінності щодо сприйняття бар'єрів. [6, с. 307–310].

Окремий напрям досліджень стосується вікових відмінностей у пошуку допомоги. Lustig et al. встановили, що серед підлітків із суїцидальною поведінкою та несуїцидальним самоушкодженням між появою перших суїцидальних думок, або самоушкоджень і зверненням може минати значний час, що підвищує ризик поглиблення психологічних труднощів [10, с. 62–65]. Систематичний огляд Wang et al. узагальнює дослідження звернення по допомогу з приводу суїцидального ризику серед людей середнього та старшого віку. Основними бар'єрами в цьому випадку виступали стигма, негативні уявлення про психіатричну допомогу та низьке розпізнавання потреби [16, с. 2–9].

Carpiniello і Pinna дослідили взаємозв'язок між суїцидальністю та стигмою: стигматизація може бути наслідком суїцидальної поведінки, й водночас чинником, що посилює ризик і перешкоджає зверненню по допомогу [7, с. 2–7]. Niederkrotenthaler et al. вказують, що мас-медіа здатні як знижувати бар'єри звернення через нормалізацію допомоги й поширення інформації про ресурси, так і посилювати ризики в разі сенсаційного та надто емоційного висвітлення теми суїциду [12, с. 235–240]. Дослідження Vörös et al. присвячено вивченню інтернет-середовища з точки зору його впливу на суїцидальну динаміку. Підкреслюється, що воно може бути джерелом інформації та первинного саморозкриття для людей з ризиком суїциду, але не завжди перетворюється на реальний місток до професійної підтримки [15, с. 835].

В українському науковому полі проблема пошуку допомоги при суїцидальному ризику набуває особливої актуальності в умовах війни, масової травматизації та емоційного виснаження, однак, як було зазначено вище, поки що не сформувалася як окремий усталений напрям досліджень. Водночас окремі її аспекти розглядаються в працях, присвячених зверненню по психологічну допомогу, бар'єрам отримання підтримки, превенції та постпревенції суїцидів. Зокрема, затвердження Стандарту медичної допомоги «Суїцидальна поведінка», що відбулося цього року, створює нормативну основу для раннього виявлення ризику, оцінки стану, планування безпеки та маршрутизації пацієнтів [2, с. 3–10]. Дослідження І. С. Клименко та співавторів, присвячене потребі у психологічній допомозі серед військовослужбовців. В результаті окреслено бар'єри звернення, зокрема недовіру до фахівців, соціальну стигму, сором, переконання в неефективності психологічної допомоги та побоювання щодо негативних наслідків для військової кар'єри [1, с. 490–503].

Важливим внеском у дослідження українського контексту є праця О. Лущак, М. Великодньої, В. Депутатова та О. Стрибіцької, у якій проаналізовано звернення по допомогу у сфері психічного здоров'я серед дорослих українців під час повномасштабної війни. Автори розглядають поняття «help-seeking» як контакт із фахівцем психічного здоров'я – психологом, психіатром або психотерапевтом і показують, що звернення по допомогу пов'язане не лише з інтенсивністю симптомів, а й з наявністю попереднього діагнозу, вимушеним переміщенням та іншими соціально-демографічними чинниками [9, с. 1–3].

Частина українських досліджень пов'язана із превенцією та постпревенцією суїцидів у закладах освіти. Зокрема С. Л. Чуніхіна, Л. А. Найдьонова та Н. Ф. Умеренкова аналізують запити освітян щодо впровадження протоколів постпревенції суїциду або його спроби, підкреслюючи необхідність алгоритмізації дій, кризової взаємодії та залучення різних фахівців і служб [4, с. 54–61]. У методичних рекомендаціях, підготовлених колективом Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, представлено соціально-психологічні технології кризової взаємодії педагогічної спільноти, сім'ї та громади у випадку суїциду або його спроби в закладі освіти [3, с. 5–7].

Таким чином, українські дослідження створюють важливу основу для аналізу окремих компонентів

пошуку допомоги: кризового контакту, бар'єрів звернення, психологічної підтримки військовослужбовців, поственційної взаємодії та організації допомоги в умовах війни. Водночас емпіричні дослідження, безпосередньо спрямовані на вивчення проблеми пошуку допомоги саме серед осіб із суїцидальними думками, намірами або попередніми спробами суїциду в українських громадах, залишаються недостатньо представленими. Це зумовлює потребу у подальшому дослідженні чинників, які підвищують або знижують імовірність звернення, а також маршрутів звернення та точок входу до системи підтримки при суїцидальному ризику.

**Метою статті** є узагальнення теоретичних підходів і емпіричних даних щодо чинників, які сприяють або перешкоджають своєчасному зверненню по професійну та неформальну підтримку у випадку суїцидального ризику.

**Виклад основного матеріалу.** Пошук допомоги при суїцидальному ризику є одночасно і клінічною, і соціальною проблемою, оскільки рішення людини звернутися або не звернутися по допомогу формується на перетині симптомів, переконань, доступності послуг, культурних норм і реакцій оточення. У сучасній літературі пошук допомоги (help-seeking) розглядають як динамічний процес активного звернення по підтримку, що охоплює усвідомлення проблеми, вибір джерела допомоги, перший контакт і подальше утримання у взаємодії із сервісом [13, с. 174–176]. В основі теоретичного пояснення пошуку допомоги лежать декілька підходів. Однією з найчастіше застосовуваних моделей є модель переконань щодо здоров'я (Health Belief Model, HBM). В ній імовірність дії щодо пошуку допомоги пов'язується зі сприйнятою вразливістю, сприйнятою тяжкістю проблеми, очікуваною користю звернення, бар'єрами та самоефективністю (вірою в свої сили та наявністю попереднього досвіду вирішення проблем). Отже, людина має не лише переживати страждання, а й ідентифікувати його як значущу особисту проблему, пов'язувати стан із ризиком, вірити у можливу користь допомоги та бачити реалістичний спосіб подолати перешкоди [14, с. 176–179]. Якщо людина нормалізує свій стан, не вважає звернення потрібним або очікує, що бар'єри переважать користь, висока інтенсивність дистресу не обов'язково трансформується в дію.

Іншою пояснювальною рамкою є теорія запланованої поведінки (Theory of Planned Behavior, TPB). Вона пов'язує поведінковий намір зі ставленням до дії, суб'єктивними нормами та сприйнятим поведінковим контролем. У контексті суїцидального ризику це означає, що звернення є ймовірнішим, коли людина вважає його корисним, очікує прийнятної реакції значущих інших і бачить практичний шлях до отримання підтримки [5, с. 181–182]. Такий підхід є важливим для комунікаційних кампаній, адже недостатньо повідомити, куди звертатися; необхідно також формувати норму, за якою прохання про допомогу є прийнятною, відповідальною та доступною дією.

Соціо-екологічний підхід доповнює індивідуальні моделі, оскільки розглядає поведінку в контексті взаємодії особистих, міжособистісних, організаційних, громадських і політичних чинників. Людина може мати позитивне ставлення щодо звернення, проте не звернутися через черги, вартість послуг, нестачу спеціалістів, страх порушення конфіденційності або відсутність сервісу, чутливого до її віку, досвіду чи культури [11, с. 351–353]. Разом ці підходи дозволяють аналізувати пошук допомоги як поєднання індивідуальної оцінки ризику й користі, соціальних норм, доступності послуг та якості першого контакту.

При суїцидальному ризику своєчасне звернення може перервати розвиток кризи, зменшити ізоляцію, активувати безпекові ресурси та створити місток до психотерапевтичної, психіатричної або соціальної підтримки. Водночас дослідження свідчать, що значна частина людей із суїцидальними думками, самоушкоджувальною поведінкою або попередніми спробами самогубства не звертається по професійну допомогу. На це впливає декілька причин. Пошук допомоги в умовах суїцидальної кризи часто відбувається на тлі гострого дистресу, безнадії, сорому, амбівалентності та когнітивного звуження. Людина може сумніватися в ефективності допомоги, боятися госпіталізації, осуду або втрати конфіденційності, а також вважати себе тягарем для інших. При цьому важливо розрізняти також джерело й форму допомоги, до яких людина наразі готова: розмова з близькою людиною, звернення до сімейного лікаря, кризової лінії чи фахівця з психічного здоров'я є різними формами пошуку допомоги [13, с. 174–176]. Іншими словами, людина внаслідок свого стану може бути готовою до пошуку допомоги, але лише в певних її формах і при певних умовах.

Особливо виразно ця проблема постає серед студентів, підлітків і людей середнього та старшого віку, хоча механізми, що впливають на рішення про відмову від звернення в цих групах відрізняються [8, с. 399–402; 10, с. 62–64; 16, с. 4–7].

Однією з ключових груп для аналізу особливостей пошуку допомоги є студенти. У дослідженні студентів із підвищеним суїцидальним ризиком, які прийняли рішення не шукати допомоги, найчастіше звучали такі аргументи, як переконання, що лікування не потрібне (66%), брак часу (26,8%) і перевагу самостійного подолання (18%). Стигму прямо згадували 12% учасників [8, с. 401–402]. Це зміщує акцент із пошуку єдиного бар'єра на аналіз різних комбінацій переконань, ресурсів і перешкод.

Дані про профілі суїцидального ризику серед студентів також підтверджують неоднорідність цієї групи. Серед трьох профілів (нижчий рівень симптомів, вищий рівень, нижчий рівень з високим рівнем вживання алкоголю) названі бар'єри мали як співпадіння, так і відмінності. Найважчий другий профіль повідомляв про найбільшу кількість бар'єрів, а третій – найменшу. Для осіб із більш вираженими внутрішніми та зовнішніми симптомами (депресія, імпульсивність і соціальна ізольованість) значу-

щими перепонами були стигма (75,6%), брак часу (73,6%), сумніви щодо необхідності чи ефективності лікування (64,9%), фінансові й логістичні бар'єри (57,1%) і (55,9%) відповідно, та побоювання щодо культурної чутливості сервісів (43,8%). Натомість студенти з меншою кількістю внутрішніх симптомів, але проблемним вживанням алкоголю та відносно вищою соціальною включеністю повідомляли про інший профіль перешкод, зокрема на першому місці був брак часу (65,9%), стигма (58,9%), сумніви щодо ефективності і необхідності допомоги (50,4%), фінансові й логістичні бар'єри (46,6%) і (40,5%), та побоювання щодо культурної чутливості сервісів (21,9%) [6, с. 307–310]. В результаті дослідники дійшли висновку, що універсальні програми профілактики не враховують цих відмінностей і можуть бути недостатніми для найвразливіших груп.

Окрему увагу привертає ефект заперечення допомоги (help-negation effect) – парадоксальна тенденція, за якої посилення суїцидальної ідеації може поєднуватися зі зниженням готовності шукати професійну або неформальну підтримку. У студентських вибірках вищий рівень суїцидального ризику був пов'язаний із нижчою ймовірністю звернення по допомогу [8, с. 399–400]. Цей феномен підриває спрощену логіку «більший дистрес – більше звернень»: у реальності високий ризик може супроводжуватися більшою безнадією, соромом, відчуттям обтяжливості для інших, страхом втратити контроль або переконанням, що допомога вже запізнилася.

Підлітковий вік є періодом підвищеної вразливості до самоушкодження та суїцидальної поведінки. При цьому у випадку підлітків, пошук допомоги часто є складнішим процесом, оскільки доступ до послуг залежить від батьків, школи, сімейного лікаря та інших дорослих, звернення до яких, як правило, лякає підлітка більше, ніж сам суїцидальний ризик. У вибірці 672 підлітків віком від 11 до 19 років досліджувалась тривалість між появою думок або епізодів самоушкодження і першим клінічним зверненням. Результати показали, що затримка звернення у підлітків часто вимірюється не днями, а місяцями й роками. Серед тих, у кого спостерігалася така затримка, середній час до звернення становив приблизно від 0,99 року після першої суїцидальної спроби до 1,98 року після появи думок про несуїцидальне самоушкодження. Триваліша затримка була пов'язана з тяжчою психопатологією, зокрема симптомами депресії, загальною тяжкістю стану та ознаками межового розладу особистості [10, с. 62–65]. Водночас потрапляння до системи допомоги не означає автоматичного зникнення ризику: нові симптоми можуть виникнути після першого контакту, тому необхідне регулярне повторне оцінювання. Велике значення для виявлення ризику в цьому випадку мають дорослі-гейткіпери, які можуть розпізнати проблему раніше, ніж підліток сам сформулює запит (гейткіпери – представники громад, які проходять спеціальне навчання, щоб бути посередниками між людиною у суїцидальній кризі та системою допомоги).

Пошук допомоги у середньому та старшому віці має іншу логіку. Систематичний огляд показав, що звернення до послуг ментального здоров'я серед людей із суїцидальним ризиком у цих вікових групах загалом залишається низьким. Зверненню можуть сприяти загальна обізнаність про суїцидальну кризу і нижча стигма, тоді як негативні переконання про лікування, культурні установки самодостатності та вікові стереотипи можуть знижувати ймовірність контакту з допомогою [16, с. 4–8]. Для літніх людей особливо важливим є «невидимий ризик»: вони частіше контактують із медичною системою через соматичні скарги, хронічний біль або функціональні обмеження, але суїцидальні думки можуть залишатися неозвученими або нерозпізнаними. Це обґрунтовує необхідність делікатного скринінгу в первинній ланці, залучення родини та розвитку віковочутливих сервісів.

Одним із центральних понять у дослідженнях пошуку допомоги при суїцидальному ризику є стигма. Carpiniello і Pinna в своїй роботі розрізняють публічну стигму, очікувану стигму, самостигму та структурну стигму. Публічна стигма охоплює негативні суспільні уявлення про людей із суїцидальними думками, очікувана – страх осуду або соціальної ізоляції, самостигма – інтеріоризацію таких уявлень, структурна – прояви дискримінації, недоступності послуг або нечутливої комунікації. Стигма може посилювати сором, соціальну дистанцію, ізоляцію й самознецінення, а отже, перешкоджати розкриттю стану та своєчасному контакту з фахівцем [7, с. 2–5]. Водночас те, що респондент прямо не називає стигму, не означає відсутності її впливу: небажання говорити, побоювання щодо конфіденційності та сумніви в корисності допомоги можуть бути її непрямими проявами.

Ще одним фактором впливу на процес пошуку допомоги є засоби масової інформації. Стаття Niederkrotenthaler T. et al. оцінює, як медійні кампанії можуть зменшувати стигму, підвищувати звернення по допомогу й сприяти перенаправленню осіб із ризиком суїциду. У контексті пошуку допомоги медіа формують соціальні норми: чи інтерпретується звернення по допомогу як відповідальна дія, чи як слабкість; чи представлені реалістичні маршрути до підтримки; чи є повідомлення безпечним для людей із високим ризиком. Автори приходять до висновку, що найперспективнішими є багаторівневі профілактичні програми, у яких медійне повідомлення поєднується з підготовкою гейткіперів, навчанням первинної ланки допомоги, доступною кризовою службою та визначеним способом подання звернення. Позитивний ефект також пов'язаний з історіями подолання кризи й отримання підтримки, на відміну від сенсаційного опису способу суїциду чи романтизації смерті [12, с. 236–241].

Цифрове середовище має ще більш неоднозначний вплив на пошук допомоги при суїцидальному ризику. У дослідженні за участю пацієнтів із депресивними розладами понад 80% респондентів стикалися в інтернеті з контентом, пов'язаним із суї-

цидом, а приблизно чверть цілеспрямовано шукала такий контент. За появи суїцидальних думок перевагу надавали зверненню до фахівця з психічного здоров'я, партнера або друзів; водночас частина опитаних припускала, що не попросила б допомоги ні в кого [15, с. 835]. Інтернет може знижувати поріг першого контакту завдяки анонімності, швидкості й доступності, але також створює ризик неякісного контенту, алгоритмічного підсилення небезпечних тем і заміни реальної підтримки пасивним пошуком інформації. Тому цифрові інструменти мають вести до безпечних маршрутів: кризових контактів, первинної консультації, самоскринінгу, підтримки близьких і місцевих сервісів.

Щодо українського контексту пошуку допомоги при суїцидальному ризику можна зробити припущення, що незважаючи на недостатню висвітленість цієї проблеми в українських дослідженнях, більшість висновків зарубіжних дослідників є актуальними для України. При цьому, безумовно, війна, що триває в Україні і її наслідки істотно впливають як на стан людей, що шукають допопогу, так і на функціонування системи підтримки. Тим не менш, можна зробити деякі припущення щодо особливостей пошуку допомоги в Україні, виходячи із наявних українських публікацій.

Зокрема, підкреслюється важливість попереднього формування довіри перед перенаправленням, підготовки людини до наступного кроку, активного супроводу під час звернення, мінімізацію бюрократії тощо. Особливо важливим це є у військовому і ветеранському середовищі. [1, с. 490–503]. Затверджений у 2026 році Стандарт медичної допомоги «Суїцидальна поведінка» задає критерії ефективного перенаправлення: визначений отримувач допомоги, передача мінімально необхідної інформації з дотриманням конфіденційності, погоджений термін першого контакту, план безпеки та перевірка факту звернення. Водночас медичний маршрут доцільно доповнювати механізмами взаємодії з соціальними, освітніми, ветеранськими та громадськими сервісами [2, с. 6–7]. Ще одна важлива ідея полягає в тому, що бар'єр виникає не лише на стороні клієнта. Невизначеність фахівця, страх помилки, відсутність алгоритму допомоги та слабка міжвідомча координація можуть перервати маршрут навіть за наявності у людини готовності звернутися. Тому результат звернення слід оцінювати не тільки за тим, чи звернулася конкретна людина, а й за готовністю установи її прийняти, ясністю ролей і алгоритмів взаємодії, якістю інформаційного обміну, швидкістю контакту із сервісом і наявністю замкненого циклу зворотного зв'язку [4, с. 54–61].

При цьому переважна більшість українських авторів погоджуються з тим, що підвищення дієвості пошуку допомоги при суїцидальному ризику потребує багаторівневої стратегії. На індивідуальному рівні важливо розвивати психічну та суїцидальну грамотність: люди мають знати, що суїцидальні думки є сигналом потреби в підтримці, а не підставою для сорому; що допомога може починатися з розмови; що звернення можливе до кількох джерел; що ранній контакт є безпечнішим, ніж очікування гострої кризи. Психоосвіта має охоплювати ознаки ризику, міфи про суїцид, конфіденційність і доступні ресурси допомоги. На міжособистісному рівні ключову роль відіграють «перші слухачі»: друзі, партнери, батьки, викладачі, колеги, командири та соціальні працівники. Осудлива або панічна реакція може посилити уникнення, тоді як спокійна, емпатійна й орієнтована на безпеку відповідь здатна стати містком до професійної допомоги. Тому підкреслюється важливість програм навчання гейткіперів, які мають оцінюватися не лише за рівнем засвоєних знань, а й за навичками розмови про ризик, первинної підтримки, перенаправлення й супроводу. На інституційному ж рівні вирішальне значення має доступність, зокрема наявність достатньої кількості низькопорогових маршрутів, інформація про які буде широко доступною, з можливістю подальшого перенаправлення до спеціалізованої допомоги в разі потреби.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Підводячи підсумки, варто відмітити наступне.

1. Звернення по допомогу при суїцидальному ризику є багатоступеневим процесом. Між наявністю дистресу, усвідомленням проблеми, визнанням потреби, наміром звернутися, фактичним контактом і продовженням отримання допомоги існують окремі переходи, на кожному з яких людина може втратити зв'язок із системою допомоги. Тому ефективність звернення не можна оцінювати лише за фактом наданої рекомендації. Основними показниками ефективності можуть бути: частка прийнятих рекомендацій, частка здійснених записів, відвідування першої консультації, час до першого контакту, прийнятність маршруту для клієнта, рівень довіри, зменшення бар'єрів, наявність плану безпеки та продовження допомоги. Окремо є сенс фіксувати випадки, коли перенаправлення не відбулося, і аналізувати причини та конкретну точку розриву процесу.

2. Найбільш розповсюджені бар'єри можна об'єднати у шість груп: низьке сприйнята потреби у допомозі та прагнення впоратися самостійно, стигма, сором і страх негативних соціальних або професійних наслідків, недовіра до професійного рівня фахівців та конфіденційності, незручний час, висока вартість, складна логістика, відсутність узгодженого маршруту між службами, неготовність служби надати потрібну допомогу.

Вплив тих чи інших чинників залежить від різних факторів, зокрема віку, статі, професійної культури, клінічного профілю, соціальної включеності й попереднього досвіду допомоги, а також факторів, повязаних з впливом війни.

3. Теорія запланованої поведінки та модель переконань щодо здоров'я пояснюють індивідуальні механізми рішення, а соціо-екологічна модель розглядає їх у ширшому середовищі. Тому перенаправлення не має обмежуватися психоосвітою та інформуванням клієнта. Воно має одночасно впливати на

норми групи, підвищувати довіру, готувати фахівців, спрощувати організаційні процедури та забезпечувати міжвідомчу координацію.

4. Найбільш обґрунтованою практичною моделлю є активне, персоналізоване й замкнене перенаправлення: оцінювання ризику та бар'єрів, спільне формування потреби, вибір прийнятного сервісу, отримання згоди на передачу необхідної інформації, безпосередній контакт із фахівцем, узгоджений час першої зустрічі, план безпеки, перевірка факту звернення та зворотний зв'язок.

При цьому доказова база досліджень пошуку допомоги при суїцидальному ризику значною мірою сформована на західних, університетських або клінічних вибірках. Її не можна беззастережно переносити на сільські громади, людей, які переживають війну, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб або групи з іншими нормами щодо психічного здоров'я. Для України особливо потрібні локальні дослідження того, які бар'єри домінують у різних регіонах, як люди інтерпретують суїцидальний дистрес, яким сервісам довіряють і на яких етапах втрачається контакт із допомогою.

Перспективою подальших досліджень є вивчення реальних маршрутів людей із суїцидальним ризиком у громадах України: від першого розкриття стану до фактичного отримання професійної допомоги. Особливого значення набуває аналіз ефективності низькопорогових точок входу, практик активного перенаправлення, ролі гейткіперів, причин втрати контакту з сервісами та досвіду людей, які не звернулися або припинили взаємодію з допомогою.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**


1. Клименко І. С., Бовтун О. В., Горлачук Я. О., Депутатов В. О., Галадза М. В. Оцінка потреби у психологічній допомозі серед військовослужбовців та бар'єри звернення. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2025. Т. 12, № 4 (30). С. 490–503. DOI: https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-30-05.
2. Міністерство охорони здоров'я України. Стандарт медичної допомоги «Суїцидальна поведінка» : наказ МОЗ України від 24 квітня 2026 р. № 546. Київ, 2026. 26 с. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/b3f8dd99-d2e4-4e99-997a-d810a7f50786/dn_546_24042026_dod.pdf
3. Третинна профілактика суїцидів у закладі освіти: соціально-психологічні технології кризової взаємодії педагогічної спільноти : методичні рекомендації / С. Л. Чуніхіна, Л. А. Найдьонова, Л. Г. Чорна, С. Л. Кравчук, Н. Ф. Умеренкова, Л. В. Ніконенко, В. Ю. Вінков ; за ред. С. Л. Чуніхіної. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 144 с.
4. Чуніхіна С. Л., Найдьонова Л. А., Умеренкова Н. Ф. Імплементація протоколів поственції суїцидів у закладі освіти: запити освітян. Наука і освіта. 2022. № 2. С. 54–61. DOI: https://doi.org/10.24195/2414-4665-2022-2-8.
5. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991. Vol. 50, No. 2. P. 179–211. DOI: https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T.
6. Bornheimer L. A., Czyz E. K., Koo H. J. et al. Suicide risk profiles and barriers to professional help-seeking among college students with elevated risk for suicide. Journal of Psychiatric Research. 2022. Vol. 152. P. 305–312. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.028.
7. Carpiniello B., Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. Frontiers in Psychiatry. 2017. Vol. 8. Art. 35. 9 p. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035.
8. Czyz E. K., Horwitz A. G., Eisenberg D., Kramer A., King C. A. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. Journal of American College Health. 2013. Vol. 61, No. 7. P. 398–406. DOI: https://doi.org/10.1080/07448481.2013.820731.
9. Lushchak O., Velykodna M., Deputatov V., Strilbytska O. Mental health help-seeking behavior among Ukrainian adults during the 2nd year of the 2022 Russian invasion: a cross-sectional study. Frontiers in Psychology. 2026. Vol. 17. Art. 1793954. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1793954.
10. Lustig S., Koenig J., Resch F., Kaess M. Help-seeking duration in adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-injury. Journal of Psychiatric Research. 2021. Vol. 140. P. 60–67. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.037.
11. McLeroy K. R., Bibeau D., Steckler A., Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly. 1988. Vol. 15, No. 4. P. 351–377. DOI: https://doi.org/10.1177/109019818801500401.
12. Niederkrotenthaler T., Reidenberg D. J., Till B., Gould M. S. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. American Journal of Preventive Medicine. 2014. Vol. 47, No. 3, Suppl. 2. P. S235–S243. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.010.
13. Rickwood D., Thomas K. Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. Psychology Research and Behavior Management. 2012. Vol. 5. P. 173–183. DOI: https://doi.org/10.2147/PRBM.S38707.
14. Rosenstock I. M., Strecher V. J., Becker M. H. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly. 1988. Vol. 15, No. 2. P. 175–183. DOI: https://doi.org/10.1177/109019818801500203.
15. Vörös V., Szabó Z., Torma E. et al. Internet use related to suicidal thoughts and help-seeking: preliminary results of a study with depressive patients. European Psychiatry. 2022. Vol. 65, Suppl. 1. P. S835. DOI: https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2163.
16. Wang X., Beltran S., Burns R. et al. Suicide risk help-seeking among middle– to old-age adults: a systematic review. Innovation in Aging. 2023. Vol. 7, No. 1. Art. igac079. P. 1–12. DOI: https://doi.org/10.1093/geroni/igac079.


Дата першого надходження статті до видання: 11.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 11.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 17.11.2026