

МОЛОДЬ ОНЛАЙН: суїцид у цифрову епоху



Щороку 10 вересня у світі відзначають Всесвітній день запобігання самогубствам. У 2026 р. завершується трирічний тематичний цикл «Changing the Narrative on Suicide» («Змінюючи наратив про суїцид») Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної асоціації із запобігання самогубствам (IASP). Його мета — перейти від замовчування, стигматизації та стереотипних уявлень до відкритого, доказово обґрунтованого обговорення суїцидальної поведінки та її профілактики. Важливо, щоб цей підхід реалізовувався не лише в межах щорічних інформаційних кампаній, а й у повсякденній клінічній практиці — під час взаємодії лікаря із пацієнтом, оцінювання факторів ризику та своєчасної маршрутизації допомоги.

Цифрове середовище відіграє дедалі вагомішу роль у повсякденному житті підлітків і молоді. Смартфони, соціальні мережі та тривале перебування онлайн вже не можна сприймати лише як нейтральні складові сучасного життя: накопичуються дані про їх зв'язок із порушеннями сну, соціальною ізоляцією, кібербулінгом та іншими чинниками, важливими для психічного здоров'я. Розглянемо сучасні дані про цифрові складові суїцидального ризику серед молоді та їх значення для клінічної практики.

Чинники ризику суїциду серед молоді

Одним із ґрунтовних досліджень цієї проблематики є систематичний огляд і метааналіз М.С. Geoffroy et al. (2026), де узагальнено дані 68 робіт щодо чинників ризику та захисту від суїцидальної смерті у популяції віком до 24 років. Найвиразніший зв'язок із суїцидальною смертністю виявлено для психічних розладів, попереднього самоушкодження та нещодавнього контакту із системою охорони здоров'я. Серед соціальних факторів підвищений ризик корелював із жорстоким поводженням, перебуванням дитини поза родиною та залученням до системи ювенальної юстиції, а проживання з обома батьками асоціювалося зі зниженим ризиком.

Для клінічної практики ці результати важливі тим, що допомагають застосувати популяційні закономірності до індивідуального оцінювання пацієнта. Зокрема, нещодавній контакт із системою охорони здоров'я може свідчити про підвищену вразливість і бути підставою для уважнішого оцінювання психічного стану. Відтак звичайний візит до лікаря може стати точкою раннього виявлення суїцидального ризику за умови системного запитання про психічне самопочуття, суїцидальні думки та інші клінічно значущі чинники.

Цифровий фактор

Також дедалі більше уваги привертає компонент, який донедавна лише епізодично розглядався у клінічному контексті, — цифрове середовище. Насамперед йдеться про смартфон, що став невід'ємною частиною життя підлітків. Водночас важливо розрізняти звичайне і проблематичне або компульсивне користування пристроєм, за якого людина втрачає контроль над тривалістю та характером взаємодії зі смартфоном.

Цей аспект вивчали Y. Li et al. (2026), проаналізувавши дані 11 досліджень за участю підлітків, студентів і молодих дорослих. У більшості робіт виявлено значущу позитивну асоціацію між смартфонозалежністю та суїцидальними думками, а в окремих — також із суїцидальними спробами. Простежувався і дозозалежний характер цієї кореляції: за вищого рівня проблематичного використання смартфона ймовірність суїцидальних проявів була суттєвішою. Своєю чергою автори підкреслюють, що йдеться про взаємозв'язок, а не встановлений етіологічний ефект.

Механізм такого зв'язку, ймовірно, багатофакторний. Важливу роль можуть відігравати порушення сну, зокрема через нічне використання пристроїв, і витіснення захисних для психічного здоров'я чинників — фізичної активності та безпосередньої соціальної взаємодії. Додаткові потенційні фактори — кібербулінг, соціальна ізоляція, міжособистісні труднощі чи постійне соціальне порівняння онлайн. Тож значення має не лише сам факт користування смартфоном, а й те, як, коли і для чого це робиться.

Цю перспективу розширює систематичний огляд і метааналіз K.M. Gillespie et al. (2026). На підставі даних 61 дослідження за участю 338472 дітей і осіб молодого віку із 16 країн автори встановили, що часте проведення часу

перед екраном, зокрема користування смартфоном вночі, пов'язане із вищим ризиком суїцидальної поведінки та несуйцидального самоушкодження. Проблематичне використання інтернету також асоціювалося із такими проявами, причому в окремих моделях посередниками виступали безсоння, депресія, тривога, самотність та міжособистісні труднощі.

Водночас цифровий ризик не можна зводити до формулювання «більше часу перед екраном — вищий ризик». Отримані результати були неоднорідними, а «екранний час» у дослідженнях визначали по-різному. Значення можуть мати час доби, характер і проблематичність цифрової активності, а також її вплив на сон, фізичну активність і живе спілкування. Також більшість досліджень мала поперечний дизайн, що дає змогу виявити кореляцію між проблематичним використанням смартфона або екранною активністю та суїцидальними проявами, але не встановлює причинно-наслідкового зв'язку. Надмірне користування смартфоном може бути і фактором погіршення психічного стану, і наслідком депресії, тривоги чи психологічної кризи. Тому автори наголошують на обережній інтерпретації цих даних.

Для клініциста проблематичне використання смартфона слід розглядати не як самостійну причину суїцидального ризику, а як поведінковий маркер ширшого комплексу психосоціальних труднощів. На це можуть вказувати надмірне користування пристроєм, нездатність його обмежити, порушення сну або конфлікти через залежність. Таким чином, цифрову поведінку варто інтегрувати в загальне оцінювання психічного стану та суїцидального ризику підлітка, не надаючи їй причинного значення, якого сучасна доказова база не підтверджує.

Український контекст

Для української системи охорони здоров'я ці висновки мають безпосереднє практичне значення. Так, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України затвердило Стандарт медичної допомоги «Суїцидальна поведінка» (Наказ № 546 від 24.04.2026), що визначає підходи до ведення пацієнтів із суїцидальною поведінкою та маршрутизацію на рівні первинної медичної допомоги, зокрема для дітей і підлітків.

У цьому вимірі міжнародні дані про цифрові чинники суїцидального ризику набувають особливої актуальності. Вони дають підстави розглядати цифрове середовище як складову ширшого психосоціального контексту, яку доцільно враховувати під час комплексного оцінювання стану підлітка. Такий підхід доповнює традиційні чинники ризику поведінковими та соціальними характеристиками, пов'язаними із повсякденним використанням цифрових технологій.

Щоденна клінічна практика

У практичному контексті це означає розширення психосоціального анамнезу кількома аспектами цифрової поведінки. Під час звичайного прийому лікар первинної ланки, сімейний лікар, невролог або психіатр може уточнити:

1. Скільки часу підліток проводить зі смартфоном та чи користується ним уночі?
2. Як це позначається на тривалості та якості сну?
3. Чи стикався він із кібербулінгом?
4. Чи супроводжується користування соціальними мережами посиленням тривоги, пригніченого настрою або соціальної ізоляції?

Такі запитання не потребують спеціального обстеження і можуть доповнювати звичайну клінічну оцінку.

Не менш важливим є факт недавнього контакту із системою охорони здоров'я. Як зазначалося вище, попередні звернення по медичну допомогу асоційовані з підвищеним суїцидальним ризиком серед молоді. Отже, можливість виявлення ознак психологічної кризи виникає не лише під час психіатричної консультації, а може бути реалізована і в роботі лікаря первинної ланки та інших фахівців, які контактують із підлітками з приводу соматичних, неврологічних або травматологічних проблем.

Доступ до допомоги

Наступним елементом профілактики є забезпечення доступу до психологічної та кризової допомоги. Важливо, щоб лікар знав про доступні ресурси й міг за потреби зорієнтувати пацієнта і його родину щодо подальших дій. Таку інформацію доречно надавати не лише за ознак суїцидального ризику, а й превентивно як складову турботи про психічне здоров'я.

У нашій країні функціонують різні сервіси психологічної підтримки, зокрема МОЗ України зазначає Всеукраїнський телефон довіри 0–800–501–701. Водночас інформацію про гарячі лінії необхідно регулярно актуалізувати, адже їх доступність і режим роботи можуть змінюватися. Так, станом на серпень 2026 р. офіційний сайт Lifeline Ukraine повідомляв про тимчасове призупинення роботи короткого номера 7333, який раніше вказували як цілодобову лінію кризової підтримки.

Отже, важливим є не стільки запам'ятовування окремих номерів, скільки наявність у лікаря актуальної інформації про доступні ресурси та готовність надати її пацієнтові. Контакти відповідних служб доцільно мати в робочих матеріалах, електронних ресурсах закладу або у друкованому вигляді для пацієнта та його батьків. Це може полегшити звернення по допомогу.

Висновки

Зміна підходу до суїцидальної поведінки має знаходити практичне відображення у щоденній клінічній роботі — від системного оцінювання факторів ризику до відкритого обговорення психічного стану та середовища підлітка. У цьому контексті цифрова поведінка поступово стає додатковим компонентом психосоціального анамнезу: особливості використання смартфона та вплив цифрової активності на сон, соціальне функціонування й емоційний стан можуть допомагати своєчасно виявляти підлітків, які потребують додаткової уваги.

Водночас сучасні дані не підтверджують, що смартфон чи екранний час самі по собі є причиною суїцидальної поведінки. Тому клінічно доцільно оцінювати не просто тривалість цифрової активності, а характер її використання та можливий зв'язок із психічним станом підлітка. Ключовим залишається системне запитання про фактори ризику, своєчасне виявлення ознак кризи та спрямування пацієнта по необхідну допомогу.

Підготувала **Наталія Савельєва-Кулик**

За матеріалами www.who.int, www.suicideinfo.ca