

НАЦІОНАЛЬНА ГВАРДІЯ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Монографія

Харків
2021

УДК 159.9.072.351.743

К 60

Авторський колектив:

Мацегора Я. В., канд. психол. наук, с. н. с. (розд. 2–5; висновок, дод. А, Д); *Колесніченко О. С.*, д-р психол. наук, с. н. с. (вступ, розд. 1, 6, дод. К); *Приходько І. І.*, д-р психол. наук, професор (розд. 1, дод. Н); *Горелишев С. А.*, канд. техн. наук, доцент (розд. 5); *Юр'єва Н. В.*, канд. психол. наук (дод. Б, П); *Байда М. С.* (дод. Ж); *Лиман А. А.* (дод. В, Р); *Куруч О. С.* (розд. 1, 3–4, 6, дод. Л, М)

Рекомендовано Вченою радою Національної академії Національної гвардії України як монографія (протокол № 30 від 11.12. 2020 р.)

Психологія суїцидальної поведінки військовослужбовців :
К 60 монографія / Я. В. Мацегора, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько та ін.
Харків : НА НГУ, 2021. 363 с.

ISBN 978-966-8671-62-3

Викладено результати узагальнення існуючих підходів до визначення особистісних рис, що підвищують імовірність скоєння суїцидів серед військовослужбовців, правоохоронців і представників інших типів професій екстремального профілю діяльності. Визначено типології психологічних особливостей військовослужбовців НГУ, які чинили суїцидальні спроби. Створено автоматизований психодіагностичний комплекс прогнозування ймовірності вчинення військовослужбовцями НГУ суїцидальних спроб. Розроблено програму профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців НГУ.

Для науковців, практичних психологів, викладачів, слухачів магістратури, аспірантів, ад'юнктів, курсантів і студентів вищих навчальних закладів – майбутніх психологів, а також слухачів курсів підвищення кваліфікації офіцерського складу психологічного профілю.

Іл. 26. Табл. 8. Бібліогр. : 305 назви.

УДК 159.9.072.351.743

Рецензенти:

Осьодло В. І., начальник гуманітарного інституту Національного університету оборони України імені Івана Черняхівського, заслужений працівник освіти України, д-р психол. наук, професор;

Балабанова Л. М., професор кафедри психологічної діяльності в особливих умовах Національного університету цивільного захисту України, д-р психол. наук, професор.

З М І С Т

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	7
Розділ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ	8
1.1 Теоретико-методологічні підходи до вивчення й визначення категорії “суїцид”	8
1.2 Особливості суїцидальної поведінки серед представників екстремальних видів діяльності	12
1.3 Мотиви, причини суїцидальної поведінки серед представників екстремальних видів діяльності	18
Розділ 2 АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ І СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЗАКОРДОННИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ СУЇЦИДОЛОГІЇ	29
2.1 Загальний огляд суїцидологічних досліджень, здійснених у 2018–2020 рр.	29
2.2 Сучасні закордонні дослідження факторів суїцидального ризику ...	32
2.3 Огляд останніх досліджень, присвячених профілактиці самогубств	49
2.4 Огляд досліджень, присвячених ефективності заходів контролю факторів, що провокують чи роблять можливою реалізацію спроб самогубства	68
2.5 Огляд сучасних досліджень проблем діагностики суїцидального ризику	78
Розділ 3 ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСМЕРТНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ВЧИНИЛИ САМОГУБСТВО	85
Розділ 4 РОЗРОБЛЕННЯ ТИПОЛОГІЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ, ЯКІ ВЧИНИЛИ САМОГУБСТВО	104
4.1 Визначення типів військовослужбовців-суїцидентів, які вчинили самогубство у 2014–2016 рр.	104
4.2 Визначення типів військовослужбовців-суїцидентів, які вчинили самогубство у 2017–2019 рр.	110
Розділ 5 АВТОМАТИЗОВАНИЙ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ СУБКОМПЛЕКС ПРОГНОЗУВАННЯ СКОЄННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ	129
5.1 Алгоритм визначення суїцидально активних військовослужбовців НГУ як підґрунтя налаштування автоматизованого психодіагностичного субкомплексу “Фактор-S”	129
5.2 Розроблення профілів особистості військовослужбовців НГУ з різними типами суїцидальної активності	136

5.3 Розроблення “Карті ризику скоєння суїциду військовослужбовцем НГУ”	144
5.4 Формування висновків-рекомендацій за результатами обстеження за допомогою автоматизованого психодіагностичного комплексу прогнозування вчинення суїцидальних спроб військовослужбовцями НГУ	148
5.5 Психодіагностичні методики визначення інтенсивності негативної симптоматики, що є підґрунтям для формування суїцидальної мотивації, наміру	166
5.6 Визначення інтенсивності суїцидальної мотивації, формування суїцидального наміру, готовності до суїцидальних дій	174
5.7 План проведення дебрифінгу для військовослужбовців, які стали свідками вчинення суїциду	182
5.8 Експрес-програма діагностики суїцидальної активності військовослужбовців	186
5.9 Розроблення автоматизованого психодіагностичного комплексу прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України	189
5.9.1 Структура баз даних і їх логічний взаємозв’язок у психодіагностичному комплексі прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України	189
5.9.2 Створення модуля проведення опитувань психодіагностичного комплексу прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем НГУ	192
5.9.2.1 Порядок роботи користувача з методикою “Міні-мульти”	193
5.9.2.2 Порядок заповнення психологом “Карті суїцидального ризику”	194
5.9.2.3 Порядок визначення психологом інтенсивності суїцидальної мотивації	196
5.9.2.4 Порядок внесення психологом у комплекс результатів проведення заходів вторинної і третинної психопрофілактики	197
5.9.2.5 Порядок заповнення психологом “Карті чинників суїцидального ризику”	198
5.9.3 Розроблення блока аналізу результатів обстеження за психодіагностичними методиками, які визначають імовірність учинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України	200
5.9.3.1 Панель інтерпретації результатів тесту “Міні-мульти”	200
5.9.3.2 Панель інтерпретації результатів тесту “Карта ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”	202
5.9.3.3 Панель відображення внесених результатів визначення інтенсивності суїцидальної мотивації	202
5.9.3.4 Панелі відображення внесених результатів заходів вторинної і третинної психопрофілактики	203

5.9.3.5 Панель інтерпретації результатів за “Картою чинників суїцидального ризику”	204
5.9.4 Додатковий інструментарій у психодіагностичному комплексі прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України	205
5.9.4.1 Перегляд індивідуального результату обстеження	205
5.9.4.2 Перегляд результатів тестування групи респондентів	206
5.9.4.3 Експортування даних у додаток Excel	207
5.9.4.4 Бланки тестів	207
Розділ 6 РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ	211
6.1 Розроблення цільової установки, визначення структури програми та загальні рекомендації щодо здійснення профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців НГУ	211
6.2 Загальні рекомендації щодо психологічної корекції визначених у дослідженні суїцидально активних типів військовослужбовців НГУ	219
6.3 Існуючі підходи до здійснення кризової інтервенції. Супервізія психологів НГУ, які працюють із суїцидентами	233
ВИСНОВКИ	245
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	251
ДОДАТОК А Значущість розбіжностей між показниками різних типів суїцидентів – військовослужбовців НГУ	275
ДОДАТОК Б Бланк і ключі до методики “Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант)”	277
ДОДАТОК В Бланк і ключі до методики “Міні-мульт”	280
ДОДАТОК Г Інструкція картки з малюнками для проведення ТАТ	285
ДОДАТОК Д Пам’ятка психологу до проведення психодіагностичної бесіди для визначення ризику скоєння суїциду військовослужбовцем (<i>матеріал для друку</i>)	295
ДОДАТОК Ж Пам’ятка для проведення дебрифінгу (<i>матеріал для друку</i>)	297
ДОДАТОК К Протокол надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям НГУ	299
ДОДАТОК Л Тренінгові вправи, які можуть бути використані у груповій роботі з корекції акцентуацій особистості	300
ДОДАТОК М Ведення психологічного щоденника	325
ДОДАТОК Н Тренінг відновлення психологічної безпеки особистості у військовослужбовців – учасників бойових дій	331
ДОДАТОК П НЛП-техніки у кризовому консультуванні	353
ДОДАТОК Р Способи подолання стресу і травми (<i>групове заняття чи індивідуальне консультування</i>)	359

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АПК – автоматизований психодіагностичний комплекс
АПС – автоматизований психодіагностичний субкомплекс
ГППУ – група посиленої психологічної уваги
НГУ – Національна гвардія України
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ВСТУП

Самогубство залишається актуальною проблемою попри значні зміни, які відбуваються в суспільстві і стосуються всіх галузей – від рівня матеріального забезпечення людини до духовних цінностей. Розробленню ефективних засобів профілактики суїцидальної активності бракує емпіричних даних, що дозволяють точно описати особистість людей, які зважуються на самогубство. Реалізація диференційованого підходу у здійсненні профілактики самогубств потребує розроблення типології суїцидентів, пошуку оптимального рівня узагальнення на шкалі від визнання повного індивідуалізму у причинах вчинення суїциду до пошуку універсального фактора його вчинення.

Соціально-економічні та соціально-політичні конфлікти в суспільстві, особливо ті, що призводять до збройного протистояння всередині країни і з зовнішнім ворогом, значно збільшують суїцидальну активність як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців, спричиняючи так звані “небойові втрати”. Попри цей факт більшість психологічних служб збройних формувань здатні лише боротися з наслідками – заходи вторинної (інтервенція) чи третинної (поственція) профілактики. Заходи із запобігання, попередження суїцидів – первинної профілактики (первенції) – серед військовослужбовців досі залишаються малоефективними навіть у країнах, збройні сили яких порівняно з іншими вважаються зразковими.

Безспірний факт, що тривалість бойових дій призводить до збільшення суїцидів серед військовослужбовців, проте важливо враховувати не тільки тривалість, а й динаміку ситуації, процеси адаптації до неї військовослужбовців, зміни значення факторів, які провокують суїцидальну активність у військовослужбовців.

Незважаючи на те, що для багатьох збройних формувань поширення інформації про їх “небойові втрати” не є бажаною, вирішення проблеми суїцидів серед військовослужбовців потребує об’єднання зусиль військових психологів. Зазначимо, що військовослужбовці в усьому світі є однією з небагатьох категорій, які регулярно проходять медичні і психологічні обстеження, їхні життєві обставини, пов’язані зі стресом і переважно задокументовані. Отже, ці дані можуть стати підґрунтям для емпіричних досліджень, в яких зберігається можливість отримання психометричних даних про особу за фактом здійснення нею завершеного суїциду і порівняння їх із даними інших військовослужбовців. Зрозуміло, що суїцидальна активність військовослужбовців порівняно з цивільним населенням може мати і має свої особливості і, відповідно, отримані висновки й запропоновані на їх основі заходи профілактики не можуть претендувати на універсальність, однак це не знижує цінності таких досліджень.

Розділ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПРЕДСТАВНИКІВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ

1.1 Теоретико-методологічні підходи до вивчення й визначення категорії “суїцид”

Термін “суїцид” походить від латинського слова “suicidium”, що дослівно перекладається як “убивати себе” [1], і буквально означає “самогубство, навмисне позбавлення себе життя” [2]. Вважається, що вперше його було вжито 1641 р. англійським лікарем і філософом Т. Брауном у праці “Релігія лікаря” [3]. У 1651 р. цю дефініцію внесли в Оксфордський словник, однак протягом століття практично вона ніде не фігурувала. В англійській і німецькій літературі тривалий час використовували поняття “самознищення”.

Історично склалося, що самогубство розглядають у трьох основних напрямках: філософському, психологічному і соціологічному.

Першими на суїцид звернули увагу філософи, адже питання життя і смерті для них є одним із ключових питань буття. Класичні філософські трактати із суїцидології належали Платону, Лукрецію, Сенеці, І. Канту, А. Шопенгауеру, Е. Дюркгейму, У. Джеймсу, М. Бердяєву, А. Камю. До теми самогубства неодноразово у своїх працях звертались Аристотель, Сократ, Цицерон, Марк Аврелій, Монтень, Декарт, Спіноза, Вольтер, Монтеск’є, Руссо, Гегель, К’єркегор, Ніцше та ін.

Так, Сократ, Аристотель і Платон стверджують, що вмирати внаслідок катастрофи, заради любові або якихось інших невдач “негідно хороброго чоловіка” [4].

Стоїки (Зенон і Хрисипп у Стародавній Греції; Сенека, Марк Аврелій у Римі) і епікурейці (Епікур у Стародавній Греції) у своїх трактатах, творах і публічних виступах, навпаки, проголошують байдужість до життя і, тим більше, до смерті. Деякі з них навіть власним прикладом висловили своє ставлення до самогубства. Так, Зенон позбавив себе життя через фізичний біль, що спричиняв йому зламаний палець ноги. У Римській імперії розвиток учення стоїків і епікурейців дало поштовх до масових самогубств [5].

Найдокладніше суїцид як явище вивчав І. Кант. Самогубство – це “образ людства”. Його переконання зводяться до того, що людина вибирає смерть, бо не бажає поліпшувати своє соціальне становище і рівень життя [6].

Під самогубством А. Шопенгауер розуміє “феномен сильного прояву волі”. Він вважає, що суїцидент насправді не бажає смерті, а хоче жити, тільки змінивши умови існування. Із цієї причини він залишає саме життя, а не бажання жити [7].

Розмірковуючи про суїцид як соціальне явище, М. Монтень говорить так: “Чому ти скаржишся на цей світ? Він тебе не утримує; якщо ти живеш у муках, причиною тому твоя малодушність: варто тобі захотіти – і ти помреш” [8]. Подібної позиції дотримуються Вольтер, Ш. Л. Монтеск’є, Ж. Ж. Руссо. Вони

відстоюють право людини на самогубство вважаючи, що воно звільняє її від безпосереднього впливу церкви [9].

На погляд М. А. Бердяєва, самогубство породжує безглузде страждання і безнадійність. Страждання допустимо тільки в релігійному аспекті, оскільки дає людині духовну силу, в іншому випадку воно безцільне і його дуже важко пережити. Він пише: “Можна співчувати самогубцеві, але не співчувати самогубству” [10].

Доволі просте визначення самогубства дає М. Фарбер: “свідоме, навмисне і швидке позбавлення себе життя” [11]. При цьому згадка саме про “швидке” позбавлення себе життя не випадкова.

У рамках суїцидальної поведінки А. Г. Амбрумова виділяє три категорії [23]:

- суїцид як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікроконфлікту;
- суїцидальні спроби, серед яких виділяють справжні, де мета – позбавити себе життя, і демонстративно-шантажні, де мета – змінити життєву ситуацію, привернути до себе увагу;
- суїцидальний ризик (потенційна готовність накласти на себе руки).

Суїцидальну поведінку систематизує В. С. Єфремов, розбиваючи її на дві основні категорії:

- 1) суїцид – дія людини, яка має усвідомлюваний намір добровільно піти з життя;
- 2) парасуїцид – дії, які можуть призвести до летального результату, але не мають прямого умислу на самогубство, вони пов’язані з демонстрацією наміру припинення власного життя [24].

За своєю сутністю парасуїцид і суїцидальні спроби – це фактично одне й те саме, однак друге поняття за своїм змістом ширше і включає в себе перше. У 1982 р. було рекомендовано як синонім суїцидальної спроби застосовувати термін “парасуїцид” – несмертельне навмисне самоушкодження або самоотруєння, яке націлене на реалізацію бажаних суб’єктом змін за рахунок фізичних наслідків [25]. У наведеній дефініції наявні основні риси аутоагресивної поведінки, бо є вказівка на ознаки істинного суїциду, а саме: серйозність суїцидальних намірів і достатність ужитих дій.

Аналіз робіт вітчизняних і зарубіжних науковців із суїцидології дозволив виділити три взаємопов’язаних елементи, за відсутності одного з яких інцидент не можна визнати самогубством [26]:

- суїцидент усвідомлює значення своїх дій і може ними керувати (усвідомленість дій);
- суїцидент навмисно вчиняє дії, спрямовані на позбавлення себе життя;
- суїцидент самостійно здійснює суїцидальний акт.

Наразі, пояснюючи вчинення самогубства, науковці надають перевагу соціальному підходу. Сучасне суспільство з точки зору моральності до самогубства ставиться негативно. Загальноприйнято, що такий спосіб заповідання смерті не відповідає ідеї сильної особистості. Проте, як зазначає

С. В. Бородін, це зовсім не виключає диференційованого підходу до оцінки позбавлення себе життя людиною [27]. Рішення про самогубство може прийматися з різних причин (невеликовна хвороба, крайня необхідність, психологічні відхилення і т. ін.), саме тому сьогодні не передбачено відповідальності за суїцидальні дії. Однак за доведення до самогубства, а також за схилення до самогубства і сприяння його здійсненню передбачено покарання як у законодавстві західних країн, так і в українському Кримінальному кодексі. Більшість вітчизняних науковців під суїцидом розуміють “наслідок сукупності факторів, серед яких зовнішні причини і умови мають вирішальне значення, служать поштовхом до прийняття суїцидентом рішення про зведення рахунків із життям” [28]. Таке визначення найбільше відповідає сучасним реаліям, оскільки включає в себе злочинну поведінку особи, що створила психотравматичну ситуацію.

Учень Е. Дюркгейма М. Хальбвакс спробував доповнити “чисто соціологічну” концепцію психологічними чинниками, залишаючись при цьому в руслі соціологічного напрямку. Зокрема він пов’язує підвищення рівня самогубств з ускладненнями в суспільстві (так, у сільській місцевості рівень самогубств нижче, ніж у містах) [29].

Убивство й самогубство як форми агресії на ґрунті фрустрації розглядають А. Henry і J. Short [30]. Це досить перспективна ідея, що розвивається в західній і вітчизняній суїцидології [31–33]. Про зв’язок вбивств і самогубств зазначали й К. Маркс і Е. Дюркгейм. У свою чергу, фрустрація породжується відносно низьким соціальним (економічним) статусом і (або) його падінням. Спрямованість агресії на інших (убивство) або на себе (самогубство) залежить від соціальної або психологічної “стриманості”, “приборкання” (restraint). Якщо психологічна стриманість (самовладання) має форму строгого “Супер-Его” (З. Фрейд) або інтерналізації жорстких батьківських вимог і дисципліни, то агресія виявляється у зростанні самогубств. Коли соціальне стримування існує у формі зовнішнього соціального контролю, рівень самогубств знижується. Високий рівень самогубств передбачає слабе зовнішнє і суворе внутрішнє стримування (самоконтроль). Високий рівень учинення самогубств спостерігається за слабкого внутрішнього, але сильного зовнішнього стримування [34].

Пояснюючи рівень суїцидальної поведінки, R. Maris надає значення зовнішньому примусу, тиску (external constraint), яке в нього виступає таким собі еквівалентом інтеграції Е. Дюркгейма. Брак зовнішнього тиску призводить до аномії та егоїзму. Чим менше тиск, тим вище рівень суїциду.

Стратегія сучасних суїцидологічних досліджень в Україні ґрунтується на розумінні суїциду не лише як індивідуальної поведінкової реакції, зумовленої психологічними або патопсихологічними особливостями особистості, а й пов’язує його з екстремальними життєвими обставинами, що пережила людина. Суїцидний феномен характеризується як статистично стійке соціальне явище, поширення якого підпорядковується певним закономірностям, пов’язаним із соціально-економічними, культурно-історичними та етнічними умовами розвитку країни й окремих її регіонів.

Українські та зарубіжні дослідники дійшли висновку, що тільки 25–30 % суїцидів здійснюється психічно хворими, а решта – психічно здоровими й особами з межовими розладами. Природно, що хворі, схильні до суїцидальних дій, насамперед потребують уваги лікаря. Якщо суїцидальні дії вчиняють практично здорові люди у відповідь на створені об’єктивні психотравмуючі труднощі, то компетенції лікаря недостатньо, бо в такому разі передусім слід ліквідувати об’єктивні причини, що призводять до суїцидальних дій. Заходи тільки медичного характеру стосовно таких осіб найчастіше малоєфективні і не вирішують проблеми.

Отже, наразі склалися такі напрями української суїцидології:

- акумуляція наукової інформації про причини суїциду, ефективність кризової інтервенції;
- розроблення діючих схем профілактики з урахуванням усієї різноманітності культурних і соціоекономічних структур країн світу;
- удосконалення діяльності превентивних служб;
- забезпечення умов для відповідного інформування громадськості;
- організація заходів щодо роботи з групами ризику.

Сьогодні українська наукова спільнота феномен суїциду пов’язує зі травмованою свідомістю, унаслідок чого пережита людиною конфліктна ситуація розгортається в ситуацію кризи. Основними ознаками суїцидальної свідомості є її затемненість і звуженість. Науковці виокремлюють витoki затемненості суїцидальної свідомості: біль, відчай, образа, бездіяльність чи, навпаки, занадто бурхлива діяльність, яка не дає результатів, тобто все, що стає перешкодою на шляху продовження нормальної життєдіяльності особистості. Зростання напруженості потоку суїцидальної свідомості досягає свого апогею у її звуженості до однієї точки. Визначальною щодо предмета цього дослідження є теза про зумовленість такої травми свідомості не внутрішньою сутністю “чистої” свідомості, а зовнішнім соціальним впливом і певними службово-бойовими обставинами [35].

Таким чином, теоретико-методологічний аналіз дослідження проблеми суїцидальної поведінки особистості довів: незважаючи на те, що наразі не існує універсального пояснення суїцидальної поведінки особистості, деякі дослідження дозволяють визначити певні залежності між соціальними, біологічними або психологічними факторами і сформуванню практичних положень, які дозволяють прогнозувати суїцидальний ризик і здійснити превентивні заходи.

Сучасна психологія визначається цілим спектром досліджень феномену самогубства:

- психологічний зміст суїцидальності, мотивація суїцидальної поведінки, біохімічні, соціальні, соціально-психологічні, патопсихологічні, філософсько-світоглядні чинники самогубства, психічні стани, переживання особи, які впливають на формування її суїцидальності, а також основні засоби психодіагностики й напрями психокорекції суїцидальної схильності

(О. Гончаренко, В. Москалець, В. Рибалка, Л. Скаковська, Н. Шавровська, І. Цимбалак) [36–38];

– особливості і психологічна профілактика аутоагресивної поведінки певних соціальних груп: дітей (Г. Подмазін, Д. Романовська, О. Сироватко, Г. Собкова) [39–40], молоді (Н. Живаєва, І. Цушко) [41], військовослужбовців (Т. Глушкова) [42], працівників органів внутрішніх справ (О. Ієвлев, І. Малолітко, О. Тимченко) [43], засуджених (В. Суліцький) [44] тощо;

– можливості застосування інтегративної психотерапії як способу превенції суїциду (О. Пурло) [45];

– ефективні підходи до ранньої психологічної діагностики суїцидальної поведінки серед тих, у кого триває професійне становлення, та її профілактики в межах психологічної служби (Т. Вашека) [46].

1.2 Особливості суїцидальної поведінки серед представників екстремальних видів діяльності

Людина зі зброєю (військові, поліцейські та ін.) – категорія осіб, які потребують особливої уваги з огляду на можливість розвитку суїцидальної тенденції, оскільки доступність зброї уможливує вибір найбільш смертельних методів учинення спроби самогубства. Про стурбованість громадськості рівнем самогубств серед військових, учасників антитерористичної операції (АТО) та операції об'єднаних сил (ООС), ветеранів і членів їхніх родин свідчать неодноразові виступи посадових осіб (на своїй сторінці у Фейсбук періодично наводив дані колишній головний військовий прокурор А. Матіос, 26 лютого 2018 р., 25 квітня 2018 р. та ін.) та журналістські матеріали (А. Магазова) [47]. Міжнародні дослідження фіксують не тільки підвищення ризику суїцидів у людей зі зброєю, але й тенденцію зростання частоти вчинення суїцидів серед людей, які пережили воєнні дії, навіть якщо війна залишилася в далекому минулому [48].

Попередження небойових втрат унаслідок учинення самогубства військовослужбовцями є одним із пріоритетних завдань, що вирішуються військовими психологами в усьому світі. Для цього визначаються як окремі чинники суїцидального ризику у військовослужбовців (наприклад, вік [49], належність до гендерної меншості [50], короткий період служби чи недостатній досвід участі в бойових діях за кордоном [51], психологічна негнучкість [52]), так і їх взаємозв'язки, наприклад, взаємозв'язок агресивності з екстерналізуючими (зловживання алкоголем, прийняття ризиків) та інтерналізуючими (депресія, проблеми зі сном) факторами ризику суїциду в дійсній військовій службі [53].

На сучасному етапі досліджень суїцидальної активності військовослужбовців використання кластерного аналізу для узагальнення даних за багатьма факторами суїцидального ризику та створення типології суїцидів позиціонується як засіб, завдяки якому стає можливим здійснення успішного прогнозування і попередження вчинення суїциду військовослужбовцями. Такий підхід до побудови дослідження притаманний не лише вивченню військових суїцидентів. Зокрема, його було використано для обґрунтування поділу

суїцидів підлітків на істинні й шантажні [54]. Узагальнення за допомогою ієрархічного кластерного аналізу статистичних даних суїцидів ВВС США за десятиріччя (1999–2009 р.) дозволило дослідникам виділити три типи самогубств (і самогубць), які значно розрізнялися за родинним станом, статусом, психіатричним діагнозом, здатністю використовувати підтримку, попередніми життєвими подіями, що пов'язані із самогубством, ризиком і повідомленнями про наміри вчинити самогубство, вибраними місцем та способом скоєння самогубства тощо [55].

Паралельно з вирішенням завдання можливості прогнозувати ризик вчинення самогубства військовослужбовцями дійсної військової служби дослідники займаються й питаннями визначення ймовірності ятрогенних впливів під час масових моніторингових досліджень, спрямованих на визначення суїцидальної схильності [56]. Питання стало актуальним за виявлення ефекту Вертера (The Werther Effect) та ефекту Папагено (The Papageno Effect) [57]. Перший показав наявність зв'язку між поширеннями історій про вчинення самогубства зі збільшенням кількості самогубств. Другий дозволив сформулювати правила поширення інформації для попередження суїцидів.

Автор підручника для військових психологів Зоран Комар [58] вважає, що для пояснення причин самогубства військових ветеранів корисною є інтерперсональна теорія самогубств Ва Орден (2010), яка відокремлює бажання від готовності до самогубств. Так, згідно з цією теорією бажання накласти на себе руки виникає під впливом двох чинників: відчуття втраченої належності і уявленням про себе як про тягар для інших. Це бажання підсилюється набутою розвиненою здатністю реалізації самогубного замаху.

Відчуття втраченої належності походить від неможливості задовольнити одну з основних людських потреб – потребу в належності до якоїсь групи, колективу. Це відчуття виявляється в самотності й відсутності взаємної підтримки й допомоги. Потреба в належності реалізується через часті тривалі емоційно позитивні контакти з іншими людьми, які передбачають взаємне піклування і турботу, а відсутність таких міжособистісних стосунків призводить до розвитку почуття обділеної належності і бажання позбавити себе життя. Другою причиною для самогубства є переконання людини в тому, що вона є тягарем для інших, що смерть цінніша за таке жалюгідне життя, яке супроводжується браком користі від себе й життя і ненавистю до самого себе.

Згідно з цією теорією велике бажання самогубства призводить до роздумів, планування способів суїциду, але необов'язково закінчується його скоєнням. Реалізація суїцидальних спроб стає можливою в результаті дії третього чинника – набутої здатності до скоєння самогубства, в основі якої лежить зменшений страх смерті і толерантність до фізичного болю.

Природний страх смерті і страх фізичного болю у військовослужбовців (з огляду на природу військового навчання і досвід участі в бойових діях) може зменшуватися після травматичного досвіду (ушкоджень, поранень), а подекуди й після того, як військовослужбовець став свідком травмування близьких

людей. Ця набута здатність вважається одним із найупливовіших чинників скоєння самогубства в армії [59].

Так, за даними хорватських дослідників, серед військових ветеранів, які скоїли самогубство, у 60 % була сформована така здатність до скоєння самогубства: 27 % мали поранення, 17 % були покалічені, ще 16 % мали досвід тривалих страждань через хворобу [60, с. 130].

Перспективним також вбачається здійснення запозичення ідеї виділення періодів суїцидологічної ситуації в популяції для дослідження суїцидальної активності військовослужбовців [61]. Так, за даними Л. Н. Юрьєвої, Г. Я. Пилягіна, А. Е. Юрьєва [62], у мирний час в українській популяції виділяють 4 періоди динаміки суїцидальної смертності в Україні: зниження суїцидальної активності на фоні антиалкогольної кампанії 1981–1988 р.; різке зростання в період кризи розпаду СРСР (1991–1996 рр.); стабілізація суїцидальної смертності на високому рівні (1997–2000 рр.) і поступове зниження суїцидальної смертності (2000–2012 рр.), проте це зниження не сягнуло рівнів, які спостерігалися під час антиалкогольної кампанії. У 2013 – перший рік військових дій – в українській популяції відзначалося помірне зниження суїцидальної смертності, яке досягло свого мінімуму в 2015 р. і тривало до 2016 р. Проте серед військовослужбовців Національної гвардії України від початку збройного конфлікту на Сході країни вже в 2014 р. кількість завершених суїцидів зросла в кілька разів порівняно з попереднім. І якщо в період 2014–2016 рр. це пов'язувалось, як буде доведено нижче (у розд. 3), із проблемами адаптації до стресової ситуації, то з 2016 р. на перший план виходять інші суїцидогенні фактори. Так, попри те, що військовослужбовці Національної гвардії України вже не беруть безпосередньої участі в бойових діях, значно вдосконалилась їхня професійна психологічна підготовка до дій у бойових умовах (у тому числі й за рахунок залучення досвіду і фахівців інших країн, що ведуть бойові дії), а у значної частини військовослужбовців є набутий досвід участі в бойових діях, відмовилися від залучення до бойових дій військовослужбовців за мобілізацією та строкової служби, не вдалося повернутися до рівня суїцидальної активності військовослужбовців мирного часу [60].

Щодо дефініції терміна “суїцид” у більшості країн Європи користуються визначенням, прийнятим Робочою групою з профілактики самогубств і суїцидальних спроб регіонального європейського офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я: “Суїцид – дія з фатальним результатом, яку було навмисно почато і виконано тим, хто помер, в усвідомленні й очікуванні фатального результату, за допомогою якого померлий реалізував бажану зміну” [63]. Отже, суїцид – це втеча суїцидента від дійсності, яка (на його погляд) сприймається як ворожа, а сенс суїциду – вирішити всі проблеми безповоротно. Серед чинників, що сприяють думкам про самогубство: соціальна ізоляція, брак підтримки родичів і друзів у скрутній ситуації, професійні проблеми, проблеми міжособистісних стосунків тощо.

Особливу схильність військових до самогубства відзначав Е. Дюркгейм: від 25 до 90 % більше, ніж у цивільного населення [63]. Однак, досліджуючи

сучасні йому причини самогубств серед військовослужбовців, Е. Дюркгейм дійшов висновку, що найбільше відчують потяг до самогубства ті чини армії, у тому числі призвані до військової кар'єри, які найвільніші від пов'язаних із нею незручностей і труднощів, оскільки військовий дух розвинений сильніше серед військовослужбовців військової служби за контрактом і серед офіцерів, ніж серед військовослужбовців строкової служби [63].

Досліджуючи особливості суїцидальної поведінки у військовослужбовців – учасників бойових дій, А. К. Ладик-Бризгалова визначила особистісні особливості військовослужбовців, що сприяють суїцидальній спробі: низька комунікабельність, схильність драматизувати, потайливість, підвищена чутливість, тривожність, замкненість, недовірливість, роздратованість, часте бажання усамітнитися, агресивність. Такі прояви одночасно з бажанням повернутися до участі в бойових діях можуть свідчити про наявність ПТСР або іншого психічного розладу, пов'язаного зі стресом, а також про порушення соціальної адаптації військовослужбовців [64].

На зв'язок адаптації до військової служби із самогубствами звернув увагу й військовий лікар М. І. Аствацатуров. Він установив, що психічні розлади й самогубства в мирний час спостерігаються переважно у молодих солдатів. Причина цього вбачалась у труднощах військової служби, яка вимагає придушення особистих мотивів, повного підпорядкування особистої волі встановленим нормам, що і призводить до стану психічної неврівноваженості, до самогубства. В основі профілактики самогубств, на думку М. І. Аствацатурова, має бути вироблення способів опору шкідливим впливам, що виникли, бо значення шкідливих моментів зменшується завдяки властивості людського організму пристосовуватися до нових умов життя [65].

Вирішальний вплив на суїцид у поліції, на погляд Ю. А. Полетухіна, мають не стільки побутові й сімейні проблеми, скільки психологічне навантаження, пов'язане зі службою.

У межах своїх дослідженнях М. А. Кабакова виявила, що у співробітників кримінально-виконавчої системи виявлено такі особливості суїцидальної поведінки: низький показник неспроможності, високий показник за шкалою “злам культурних бар'єрів” і низький показник за шкалою “антисуїцидальний фактор”. На думку дослідника, ці особливості тісно пов'язані з трудовою діяльністю працівників і впливають на них, а особливо – спілкування із засудженими [66].

Краща ситуація в арміях зарубіжних країн, хоча й тут вона істотно відрізняється. В армії Великої Британії за період 1984–2007 рр. вчинено лише 694 самогубства. При цьому для кожного з родів військ (військово-морський флот, армія і військово-повітряні сили) завершених суїцидів було менше, ніж серед цивільного населення. Ця закономірність простежувалася для всіх вікових груп, за винятком військовослужбовців до 20 років, серед яких кількість суїцидів була в 1,5 разу більше, ніж у населення Великої Британії цієї вікової групи [67].

Кількість же суїцидів у військовослужбовців армії США в останні роки істотно зросла. Так, у 2008 році 143 американських військовослужбовці

наклали на себе руки, при тому, що 2005 р. було зафіксовано лише 87 суїцидів. Таким чином, рівень самогубств в американській армії вперше з часів ведення статистики Міністерством оборони США досяг 20,2 випадка на 100 тис. військовослужбовців, перевищивши середній рівень самогубств по країні (19,5 на 100 тис. населення), причому, за даними групи дослідників, реальна кількість суїцидів в армії США вище приблизно на 21 %. Найбільше схильними до самогубств були військовослужбовці-чоловіки у віці від 18 до 27 років. У 2009 р. кількість смертей у результаті суїцидів в американській армії перевищила бойові втрати [67].

В армії Ізраїлю, що нараховує близько 190 тис. осіб, за період 1974–1985 рр. в учасників бойових дій і військовослужбовців небойових підрозділів було виявлено деякі ознаки суїцидальної поведінки. Солдати, які не вчиняли самогубств, відрізнялися мотивацією на успішну кар'єру в армії, незалежністю та автономністю в поведінці, високим почуттям обов'язку, їх рідше направляли до психолога. Із 1992 р. було зафіксовано 479 випадків самогубств військовослужбовців. Як правило, це чоловіки із забезпечених сімей. Більше половини самогубць – солдати першого року служби. Наразі самогубство є основною причиною смертності в ізраїльській армії [67].

У німецькій армії кількість самогубств незначна. У Бундесвері нараховувалося 1700 військовослужбовців. У період із початку участі німецьких солдатів у міжнародних миротворчих місіях суїцид скоїли тільки 11 осіб (за даними Міністерства оборони). Основна причина самогубств серед німецьких солдатів – тривале перебування далеко від дому і велике психологічне навантаження через важкі події, які нерідко доводилося переживати [68, с. 24].

Поширеність суїцидів серед російських військовослужбовців у 2–3 рази вище за показник в арміях розвинених країн світу. Наведені дані часів СРСР про загибель військовослужбовців строкової служби від злочинів (у небойових умовах, у тому числі від самогубств) характеризується такими величинами на 100 тис. осіб: 1981 р. – 106,2; 1982 р. – 107,7; 1983 р. – 104,4; 1984 р. – 106,2; 1985 г. – 109,0; 1986 р. – 89,4; 1987 р. – 98,5; 1988 р. – 86,0; 1989 р. – 96,8; 1990 р. – 95,0 [69]. За даними Г. В. Старшенбаум, показник самогубств у російській армії становив в 1990 р. 200 на 100 тис. серед солдатів і офіцерів [70, с. 335]. В умовах військової служби 80 % самогубств учиняється військовослужбовцями, які проходять військову службу за призовом.

На погляд Е. Дюркгейма, у більшості випадків самогубство серед офіцерів пов'язане з армією, тоді як самогубство рядових іноді не має нічого спільного з нею. Отже, специфічний для цієї професії коефіцієнт зростання самогубств серед офіцерів має свої причини: не огиду до служби, а навпаки, сукупність навичок, набутих звичок або природних нахилів, тобто так званий військовий дух [71, с. 68].

Е. Дюркгейм робить висновки: “причини частих самогубств в армії не тільки різні, але й діаметрально протилежні тим, які викликають самогубство серед цивільного населення. Самогубство в армії залежить від протилежної

психічної схильності, від слабкого розвитку індивідуальності, тобто від того, що ми називаємо альтруїзмом [71, с. 138].

Класик також зазначає, що військовослужбовець, який надягає військову форму, не стає цілком новою людиною; сліди попереднього життя, вплив виховання – усе це не може зникнути і, крім того, він не настільки відокремлений від решти суспільства, щоб зовсім не брати участі в його житті. Самогубство військовослужбовця за своїми мотивами і природою іноді може не мати нічого військового. Визначальну роль відіграє той стан альтруїзму, поза яким не може бути військового духу. Під впливом такого стану військовослужбовець накладає на себе руки, вперше зіткнувшись із життям, із самого незначного приводу: через відмову в дозволі на відпустку, догану, незаслужене покарання чи невдачу по службі; убиває себе через нікчемні образи, скороминущі спалахи ревнощів або навіть просто тому, що на його очах хтось наклав на себе руки [14, с. 138].

Звідси, за Дюркгеймом, “ми маємо право приписати факти самогубства не якомусь непоясненому приводу, що зібрав в одну й ту саму казарму чи приміщення значне число індивідів з однаковим психічним розладом, але знаходимо пояснення в дії загального середовища, оточення цих людей. У в'язницях і полках існує колективний стан, який схиляє до самогубства солдатів і в'язнів із такою самою безпосередністю, що й найсильніший із неврозів. Приклад тут – тільки випадковий привід, що викликає прояв імпульсу, і без наявності цього імпульсу приклад не мав би ніякого впливу” [14].

На погляд Е. Дюркгейма, на суїцид військовослужбовців варто дивитися як мінімум з трьох позицій: 1) їхнє цивільне життя; 2) їхня військова служба сьогодні; 3) взаємозв'язок обох зазначених позицій.

До основних причин самогубств військовослужбовців за призовом К. Харабет відносить таке: труднощі військово-службової адаптації через слабку допризовну підготовку; недостатній психологічний настрій і мотивація військовослужбовця, обумовлені недоліками у вихованні, побутовою ситуацією в родині; глумління і знущання з боку товаришів по службі; важкий моральний клімат в окремих військових колективах; підвищені фізичні та психічні навантаження, пов'язані з неукомплектованістю особовим складом військових підрозділів та інші негативні чинники службово-бойової діяльності [72].

Jules Loh зауважує, що співробітники поліції часто зазнають моральних страждань від вигляду спотворених трупів, крові і криків поранених, постійного емоційного напруження, застосування спеціальних засобів і табельної зброї [73].

Працівники поліції Канади також стикаються з проблемою суїциду. За даними Charbonneau тільки в Управлінні поліції провінції Квебек за період 1986–1992 рр. заподіяли самогубство 19 поліцейських, а під час виконання службових обов'язків загинуло лише 12 поліцейських [74].

У Франції професію поліцейського відносять до категорії екстремального виду діяльності. Це зумовлено багатьма чинниками. Наприклад, за рівнем смертності і травматизму поліцейські займають п'яте місце серед 50 основних [75]. За даними МВС Франції в результаті суїциду гине більше

співробітників поліції, ніж під час виконання службових обов'язків. Керівники Федерації профспілки поліції вважають головними причинами суїциду в поліції умови праці і знецінювання професії поліцейського.

1.3 Мотиви, причини суїцидальної поведінки серед представників екстремальних видів діяльності

Логічним підсумком розгляду основних суїцидологічних поглядів має стати питання про причини суїцидальної поведінки. Однак постає низка теоретичних і методологічних труднощів [76].

По-перше, проблема причинності – одна з найскладніших у всіх науках [77].

По-друге, останнім часом науковці різних галузей, не залежно від об'єкта досліджень, свідомо намагаються не вживати саме слово (поняття) “причина”. І це невипадково. Занадто складні, множинні, нелінійні, неоднозначні взаємозв'язки об'єктів (систем, їх елементів) у природі й суспільстві, аби досить коректно виривати з клубка взаємозалежностей “причина – наслідок”. Дедалі частіше вчені вважають за краще говорити про кореляційні зв'язки, про фактори, що впливають на стан і динаміку досліджуваних процесів, а не про їх причини [78].

По-третє, як уже зазначалося, стосовно суїциду слід чітко розрізняти (що робиться далеко не завжди) два рівні цього феномена: індивідуальний поведінковий акт, що має складний комплекс причин психологічних, фізіологічних, соціальних і т. ін.; соціальне явище з не менш складним комплексом причин – економічних, соціальних, політичних, культурологічних тощо [79].

По-четверте, з огляду на згадані вище обставини в суїцидології існує безліч теорій, концепцій, кожна з яких претендує на правильність пояснення причин суїцидальної поведінки. Більшість цих теорій мають своє раціональне зерно, що пояснює майже всі фактори, котрі впливають як на рішення конкретного індивіда, так і на стан і динаміку самогубств у масштабах суспільства. Однак навряд чи хоча б одна з теорій вільна від слабких місць і білих плям. Наочний тому приклад – добре розроблена соціологічна теорія Е. Дюркгейма і її нищівна критика з боку Дж. Г. Дугласа [14].

Аналіз численної суїцидологічної літератури дозволяє назвати кілька чинників, які у своїй сукупності визначають генезу суїцидального акту:

- більш-менш тривалий стан соціально-психологічної дезадаптації як наслідок несприятливих життєвих обставин або ж психічних особливостей індивіда;

- конфлікт, що виник на тлі соціально-психологічної дезадаптації і зрозумілий досить широко (втрата близької людини, сімейний або трудовий конфлікт, неуспіх у навчанні, розрив дружніх, сімейних або ж сексуальних стосунків, важка невиліковна хвороба – дійсна чи уявна тощо);

- культурологічна підказка – наявність у цій культурі уявлення про самогубство як вихід зі складної життєвої ситуації [80–85].

Психологічні особливості суїцидентів виділяють Ц. П. Короленко і А. Л. Галін: переважання формально-логічного типу мислення, посилення афективної сфери і брак активної уяви [86]. На думку авторів, мислення більшості осіб із суїцидальними тенденціями більше відповідає законам формальної логіки. Суб'єктивна однозначність інтерпретації зовнішніх об'єктів, характерна для суїцидентів, пояснюється переважанням формально-логічного типу мислення і вираженим впливом на інтелект афективної сфери. Водночас недостатньо розвинена уява робить ситуацію несподіваності такою, що фруструє, ускладнює можливість прогнозувати наслідки своїх дій, знижує психологічні захисні механізми і, відповідно, суїцидальну спробу робить імовірнішою.

Поняття “поріг дезадаптації” також введено А. Г. Амбрумовою. Конфлікт, що перевищує поріг дезадаптації, іменується кризовим. Процес соціально-психологічної адаптації проходить у пізнавальному, ціннісно-орієнтовному і комунікативному напрямках. У нормі всі ці напрямки адаптації утворюють цілісну динамічну систему, в якій кожен із них гармонійно поєднується з іншими [87].

На думку А. Г. Амбрумової, процес адаптації характеризується пластичністю. Значна частина адаптаційних можливостей не використовується, утворюючи резервний фонд, який мобілізується для адаптації в екстремальних ситуаціях [87]. Однак в екстремальних умовах не всі особистості однаково перебудовують свою пристосувальну тактику. Одні, найстійкіші, за рахунок пластичності й резервів зберігають колишній загальний (нормальний) рівень адаптації, інші знижують цей рівень, але без істотної деформації за всіма чотирма напрямками діяльності. У цих випадках дезадаптація, якщо й настає, то має тимчасовий характер.

Деякі ж особистості, які мають недостатній резерв адаптаційних можливостей і меншу їх пластичність, через різні причини (психічні або соматичні захворювання, межові стани, високий рівень емоційності, життєві негаразди і т. ін.), в екстремальних (конфліктних) ситуаціях перебувають у стані соціально-психологічної дезадаптації, яка трансформує процес адаптації. Об'єктивно соціально-психологічна дезадаптація виявляється в поведінці, суб'єктивно в широкій гамі психоемоційних зрушень.

Із позицій теорії установки Д. Н. Узнадзе антисуїцидальними факторами особистості вважав сформовані життєві установки, що перешкоджають здійсненню суїцидальних намірів [88]. Передусім до них належать позитивні моделі поведінки, пов'язані з досягненням певних цілей (емоційна прив'язаність до значущих рідних і близьких; почуття обов'язку стосовно них, батьківські обов'язки; наявність різноманітних життєвих, творчих, ділових, сімейних, службових та інших планів, задумів; психологічна гнучкість і адаптованість, уміння компенсувати негативні особисті переживання, використовувати методи саморегуляції і зняття психічної напруженості тощо).

Антисуїцидальний характер мають також і стереотипи поведінки, які пов'язані з униканням болю, фізичних страждань, невідомості, прагнення враховувати громадську думку й уникати осуду з боку оточення тощо. Усі вони

роблять неприйнятним для індивідуума вчинення самогубства як способу розв'язання конфліктної ситуації.

Суїцидальна поведінка актуалізується, як правило, не одним, а кількома одночасно діючими і взаємодіючими мотивами, що утворюють розгорнуту систему мотивації дій і вчинків людини. Мотиви можуть бути усвідомленими, вищими (інтереси, переконання, прагнення, ідеали) і неусвідомленими (установки, потяги тощо).

На відміну від причини спонукання – це подія, яка стає поштовхом для дії причини. Спонукання має зовнішній, випадковий характер і не є ланкою в ланцюзі причинно-наслідкових зв'язків. Тому аналіз спонукань самогубства не виявляє їх причин.

Умов внутрішнього і зовнішнього середовища, які підвищують імовірність суїцидальної поведінки, досить багато. Так, на рішення накласти на себе руки впливають індивідуальні психологічні особливості людини і національні звичаї, вік і сімейний стан, культурні цінності, рівень алкоголізації населення, пора року тощо. Доволі умовно відомі сьогодні фактори, що призводять до суїцидальної поведінки, поділяються на такі: соціально-демографічні, природні, медичні, індивідуально-психологічні.

Так, деякими авторами проаналізовано статеві фактори суїцидентів (К. Ю. Корольов зі співавторами; Н. В. Конончук; Davies; Shneidman). Завершені суїциди переважають у чоловіків у співвідношенні 3:1 – у Португалії (Pinto da Costa); 4:1 – у Франції (Levi Danielle) [89–90].

Суїцидальні акти зустрічаються практично в будь-якій віковій групі.

Аналіз вікового фактора є суперечливим: спостерігається як омолодження суїцидентів, так і їх старіння. Цій проблемі присвятили свої праці такі науковці: І. Кутько зі співавторами, В. І. Литвиненко, Б. А. Войцехович із співавторами, П. П. Петров зі співавторами, Pfeffer [91–94].

У ФРН (Behrenbeck et al) серед суїцидентів переважали особи 25–39 років; в Іспанії (Eutrena Ruiz – Ogarrío et al) вік коливається від 30 до 39 років, 50–59, досягаючи і 79 років. У Польщі (Fiedorczuk) розмах віку високий – від 9 до 80 років. У Франції середній вік суїцидентів – 41 (Powell) [95].

У Росії (А. Г. Амбрумова) смертність від самогубства у віці до 10 років дуже низька, у 15–19 років спостерігається її підвищення [87]. Найбільше число суїцидальних спроб спостерігається у віці 20–30 років, це пояснюється тим, що саме в цьому віці вимоги до адаптаційних механізмів особистості найвищі. Однак пік завершених суїцидальних актів відзначається серед осіб 45–49 років, потім число самогубств дещо знижується, а серед людей 65–70 років знову підвищується. У молодих людей суїцидальні спроби мають, як правило, менш серйозний характер, аніж в осіб похилого віку, але трапляються частіше [96].

Значно більшу кількість праць присвячено проблемі суїцидів у осіб похилого віку (Н. В. Конончук, І. В. Попов, В. Ю. Балоковський зі співавторами, Hirst et al., Harada Hiroko et al., Bron). У цьому віці особистість втрачає відчуття потрібності через вихід на пенсію, високий відсоток втрат серед родичів і друзів. Самотність і появу соматичних хвороб також відносять до соціально-психологічних факторів суїциду в похилому віці. Дослідники

підкреслюють наявність у таких суїцидентів інволюційної депресії та супутніх соматичних захворювань [100–103].

Традиційно прийнято вважати, що кількість самогубств серед міських жителів трохи більше, ніж у сільській місцевості: одна з можливих причин полягає в тому, що в аграрних спільнотах міцніше інститут сім'ї. Однак за сучасними даними в нашій країні частота суїцидальних випадків у міській і сільській місцевості приблизно однакова. За даними досліджень рівень самогубств вище в тих країнах і серед тих верств населення, де вище матеріальний рівень життя. Найвищий рівень самогубств у ФРН, Австрії, Данії, Швейцарії, нижчий – в Іспанії, Індії [101].

Дослідники, які вивчали зв'язок між релігією і суїцидом, вважають, що обставини місця й часу відіграють часто важливу роль, незалежно від віри людини. Однак за наявними в літературі даними особи з католицьких і мусульманських родин скоюють самогубства рідше, ніж представники інших релігій та конфесій і люди, що не дотримуються жодних релігійних поглядів.

Особливості сімейних відносин є значним фактором суїцидального ризику. Відомо, що ті, хто перебуває у шлюбі, рідше вчиняють самогубства, ніж неодружені, вдови чи розлучені. Суїцидальний ризик вище у бездітних і тих, хто живе окремо від родичів. Пропонується також наступна градація ризику самогубств: найбільшому ризику суїциду піддаються люди, які ніколи не перебували у шлюбі, потім – овдовілі й розлучені, далі – ті, хто не має дітей, і, нарешті, подружні пари, які мають дітей.

Серед суїцидентів переважають особи, які в дитинстві мали прийомних батьків чи виховувалися в інтернаті, або ж мали тільки одного з батьків. М. Б. Бехтерева зазначає, що 62 % суїцидентів виховувалися в неповних сім'ях [102].

Велике значення має соціально-психологічний тип родини. Суїцидальні наміри легше виникають у сім'ях дезінтегрованих (відсутність емоційної і духовної згуртованості), дисгармонійних (неузгодженість цілей, потреб і мотивацій членів родини), корпоративних (покладені обов'язки членів сім'ї виконує лише за умови такого ж самого ставлення до обов'язків інших членів родини), консервативних (нездатність членів родини зберегти сформовану комунікативну структуру під тиском зовнішніх авторитетів) і закритих (обмежене число соціальних зв'язків у членів сім'ї).

На погляд А. Є. Личка, дисгармонійні форми виховання в родині сприяють механізмам формування акцентуацій характеру, зокрема астенічних рис [103]. Так, за даними І. А. Перм'якова, більшість суїцидентів виховуються в родині за типом "емоційного відкидання"; у них переважає тип жорстокого, деспотичного ставлення до дітей. Так само показано, що дисгармонійні форми виховання більшості суїцидентів сприяли розвитку в них гальмівних рис характеру. Цей особистісний склад переважає у 2/3 суїцидентів. Більшість сімей суїцидентів, зазначає Н. М. Попова, були деструктивними, з явною сімейною дезорганізацією і відкритими батьківськими конфліктами.

Ризик учинення самогубства певним чином залежить і від рівня освіти, хоча дані з цього питання суперечливі. За відомостями низки авторів, серед

суїцидентів переважають особи з невисоким рівнем освіти; інші науковці, навпаки, зазначають про підвищену суїцидонебезпечність серед осіб із високим рівнем освіти. Так, деякі автори (Farmere et al.; Philippe; Damanietal) підкреслюють переважання в контингенті суїцидентів працівників низької кваліфікації або взагалі безробітних. За даними інших дослідників (Rimpela Aria et al.; Arnetz et al.), переважають особи високої професійної кваліфікації.

Стан здоров'я є ще одним фактором ризику самогубства. Так, ризик самогубств підвищується в період після перенесення операцій. Підвищення ризику самогубств пов'язане з наявністю в людини постійного болю, хронічних, невиліковних або таких, що призводять до соціальної ізоляції, захворювань. Страх, який відчуває сучасна людина перед хворобою, – це не просто боязнь болю і смерті, а ще й (а у людини з розвиненим почуттям гідності навіть передусім) страх приниження і прижиттєвої втрати свого “Я”.

Провідну роль у формуванні суїцидальної поведінки найчастіше відіграють особистісні й характерологічні особливості. Однак пошуки зв'язків між окремими рисами особистості і готовністю до суїцидального реагування, як і спроби створення однозначного психологічного портрета суїцидента, не дали результатів. Вирішальними в плані підвищення суїцидального ризику, імовірно, є не конкретні характеристики особистості, а ступінь цілісності структури особистості, збалансованості її окремих рис, а також зміст морально-етичних установок і уявлень.

Підвищений ризик самогубства характерний для дисгармонійних особистостей, при цьому особистісна дисгармонія може бути викликана як перебільшеним розвитком окремих інтелектуальних, емоційних і вольових характеристик, так і їх недостатньою виразністю.

До індивідуальних чинників суїцидального ризику слід віднести і зміст морально-етичних норм, якими керується особистість. Висока частота суїцидальних вчинків спостерігається в тих соціальних групах, де існуючі моральні норми допускають, виправдовують або заохочують самогубство за певних обставин (суїцидальні вчинки в молодіжній субкультурі як доказ відданості та мужності, серед певної категорії осіб за мотивами захисту честі, поширене самогубство престарілих осіб і хворих із хронічними захворюваннями, епідемії самогубства серед релігійних сектантів тощо).

Існує так званий ефект Вертера, що позначає імітаційний суїцидальний вплив [104]. Ефект Вертера підтверджується статистично достовірним взаємозв'язком між відображенням проблеми суїцидів у засобах масової інформації та підвищенням частоти самогубств серед підлітків.

У більшості випадків суїцидальних спроб, що здійснюються у стані афекту особами без психозу, звучать мотиви індивідуалістичного плану, що відображають соціальну незрілість і морально-етичну нестійкість. Так, найчастішим пусковим механізмом стають образа, гнів, обурення у відповідь на недовіру, законну вимогливість, обмеження егоїстичних бажань, зраду, а також незадоволеність домагань, боязнь відповідальності. У цьому відображається невміння чи небажання рахуватися з обставинами, необхідністю дотримуватись

інтересів оточення, нездатність до раціонального вирішення конфліктної ситуації та інші особливості особистості.

Крім того, фактори суїцидального ризику такі: попередні спроби, суїцидальні погрози, сімейна історія суїцидів, алкоголізм і наркоманія, емоційні розлади, невиліковна або смертельна хвороба, важкі втрати, сімейні, фінансові проблеми. Кожен із цих чинників слід брати до уваги і особливо пильно ставитися до їх поєднання.

Серед чинників суїцидальної поведінки виділяються ситуаційні фактори.

1. Ризик суїциду дуже високий у людей із нещодавно виявленою хронічною прогресуючою хворобою, наприклад, рак, розсіяний склероз чи СНІД. Фактор подальшого розвитку захворювання є вагомим для суїцидального ризику, ніж його тяжкість або втрата працездатності. Так, хворі на параліч, які відчувають хронічні болі, згодом адаптуються до свого стану, якщо він стабільний. Однак хвороба, яка змушує постійно пристосовуватися до несприятливих змін, призводить до набагато більших психічних страждань; у цих умовах деякі хворі швидше вчиняють самогубство, ніж дозволяють хворобі поставити останню крапку.

2. Проблеми матеріального благополуччя. Вони створюють конкретні складнощі (оплата житла, утримання сім'ї тощо). Фінансова неспроможність знижує самооцінку людини, сприяє депресивним переживанням. Постійне напруження позначається на сімейних стосунках, починається зловживання алкоголем, що поглиблює самотність і відчуження від близьких. Майбутнє здається невизначеним, тому самогубство розглядається як прийнятне розв'язання ситуаційної дилеми. Вивчення зв'язку між матеріальними проблемами і аутоагресивною поведінкою не мало простих і однозначних результатів. Більш-менш стійкою слід вважати тенденцію до більшої частоти суїцидальних спроб у осіб із фінансовими проблемами порівняно з тими, у кого їх немає.

3. Зі смертю коханої людини руйнується звичний стереотип сімейного життя. Суїциду, як правило, передують затяжне ускладнене горе. Протягом багатьох місяців після втрати заперечується реальність, що виникла. З'являються соматичні або панічні розлади, охоплюють почуття провини й апатія. Ідеалізація втраченої людини співіснує з ворожим ставленням до друзів і родичів, які прагнуть допомогти. Людина відмовляється усвідомлювати самотність і порожнечу в житті, що спричиняють нестерпний психічний біль. У цих умовах суїцид здається звільненням від неї або способом поєднання з тим, хто пішов назавжди. Це може бути й покаранням за уявні чи реальні провини, допущені щодо минулого. Тому перший рік після втрати особливо сензитивний до суїцидальних дій.

4. Через багато обставин розлучення часто здається подією, важчою за смерть. Розпадається сім'я, яка, на погляд Е. Дюркгейма, захищає життя [105]. Виняток становлять ранні шлюби, які скоріше погіршують труднощі молодих пар, аніж їх вирішують. Якщо людина вмирає, то на це існують раціональні ("У нього був рак") або релігійні пояснення ("Бог дав, Бог взяв"). У разі розлучення розумні або надприродні пояснення позбавлені підстав. Вони не

задовольняють, оскільки в ситуацію втягуються діти, проблеми з їх опікою або вихованням, які доводиться вирішувати на тлі несвідомого почуття провини, поразки чи помсти. Вони чинять глибокий психотравмуючий вплив на батьків і дітей. При цьому найуразливішими є жінки, тоді як чоловіки виявляються толерантнішими до розлучення або вдівства.

5. Сімейні фактори. Стверджується, що для розуміння суїцидентів потрібно досліджувати їх сім'ю. Часто вона характеризується деструктивністю і хаосом відносин. У ній відображаються емоційні порушення її членів. Від характеру сімейного оточення залежить, чи призведе їхній потенціал саморуйнування до реального лиха. Члени сім'ї можуть відчувати гнів і роздратування, аби їх відреагувати, вони вибирають, часом несвідомо, об'єктом колективної агресії одного з близьких. Особа, котра стала цапом-відбувайлом, на жаль, не знає, як правильно поводитися в цій ситуації, як подолати недобррозичливість і постояти за себе. Якщо, нарешті, вона зважиться накласти на себе руки, то тим самим проявить ворожість, приховану в поведінці інших членів сім'ї. Родину можуть охопити такі кризові ситуації, як смерть близьких, розлучення або втрата роботи. Ці колізії зазвичай викликають інтенсивну тривогу та інші емоційні прояви. Найчастіше вибирається найбільш уразливий член сім'ї, який не вміє заперечити або відстояти свою думку.

Вважається, що найістотніший вплив на подальші аутоагресії мають такі дві обставини в родині: ранні втрати і дисгармонійне виховання (хронічна конфліктно-деструктивна атмосфера в сім'ї створює негативні образи батьків) [106].

Емоційні порушення є одним з основних показників можливості суїциду. Більшість потенційних самогубців страждають від депресії, яка може ними не усвідомлюватися. Вона може стати ознакою кризового стану або його синдромом, а також самостійним психічним розладом. Часто депресія починається поступово, з'являються тривога і смуток. Потім спостерігається пригніченість, смуток і хандра. Майбутнє стає тьмяним, виникає впевненість, що його не можна змінити. Часто спадає думка про захворювання на рак чи інші невиліковні (наприклад психічні) захворювання. Млявість, втома і брак життєвої енергії заважають приймати найпростіші рішення.

Ознакою депресії може бути зниження сексуальної активності. Хворі скаржаться на безпліддя чи імпотенцію, інтимні зв'язки їх не задовольняють. За цими скаргами, як правило, стоїть депресивний настрій і, більше того, суїцидальні тенденції.

Достовірно встановлено, що депресія підвищує ризик як суїцидальних спроб, так і завершених самогубств. В останній групі, як показують дослідження, нею страждають 50–80 % суїцидентів. Серед багатьох ознак депресії виділяють шість основних, які провокують самогубство вже протягом першого року її перебігу: (а) напади паніки; (б) виражена тривога; (в) знижена здатність до концентрації уваги і волі; (г) безсоння; (д) помірне вживання алкоголю; (е) втрата здатності відчувати задоволення. Надалі безнадійність, суїцидальні думки й наявність аутоагресивних епізодів у минулому підтримують або навіть посилюють цю схильність [107].

6. Психічні захворювання. Алкоголізм поряд з іншими формами адикції розглядається як варіант саморуйнівної поведінки людини. Невипадково його зв'язок із самогубством цілком очевидний. Рівень суїцидів серед хворих на алкоголізм дуже високий: за різними даними серед тих, хто накладає на себе руки, 18–30 % зловживали спиртними напоями, 15–25 % хворих на алкоголізм завершують життя суїцидом. Опубліковано багато наукових досліджень про суїцидальну поведінку хворих на алкоголізм [108–110]. Pfeffer повідомляє, що серед хворих на алкоголізм смерть від самогубства на другому місці після цирозу печінки.

Низка авторів відзначають зростання смертей від самогубства у хворих на наркоманію та токсикоманію [111]. Наприклад, Shneidman пише, що в Німеччині самогубства у наркоманів трапляються в 55 разів частіше, ніж у інших груп населення [112]. Однак алкоголізм цілком не визначає суїцидальний ризик. При цьому захворюванні життя стає хаотичним, наповненим особистими драмами, негативно впливає на роботу, соціальні зв'язки й фізичне здоров'я, частішають різні втрати. Самогубства найчастіше характерні для хворих зрілого віку і літніх людей. У цей час трапляється низка втрат, пов'язаних із хворобою: розпад сім'ї, серйозні складності на роботі, явна втрата здоров'я. Безпосередній зв'язок алкоголізму й аутоагресії виявляється в такому:

- алкоголізм як форма саморуйнівної поведінки мотивується бажанням уникнути життєвих проблем, які здаються нестерпними;
- депресія, яка є фактором ризику суїциду, дуже характерна для алкоголізму і причинно пов'язується з ним;
- більшість соціально-психологічних наслідків алкоголізму (наприклад втрати) сприяють виникненню аутодеструкції;
- вживання великої кількості алкоголю, характерне для розгорнутої стадії хвороби, посилює ризик фатального результату суїцидальної спроби.

Прийом психоактивних речовин також пов'язаний із підвищеним ризиком аутоагресії, найчастіше із суїцидними спробами. Великі дози наркотичних препаратів можуть бути використані для досягнення стану ейфорії, в якому суїцидні спроби легко реалізувати. Найвища їх частота в осіб до 30 років.

Так, крім факторів, що впливають на рівень самогубств у суспільстві, можна виділити антисуїцидальні фактори, які виявляються, наприклад, таким чином: емоційна прив'язаність до близьких, почуття обов'язку, зокрема у сфері батьківських обов'язків, фіксація на стані власного здоров'я, значна залежність від громадської думки і бажання уникнути осуду з боку оточення, уявлення про гріховність і ганебність самогубства, про невикористані можливості, наявність життєвих планів, стійких естетичних критеріїв у мисленні.

Необхідно мати на увазі, що ті, у кого є навіть кілька факторів ризику самогубства, далеко не завжди його вчиняють, і навпаки, самогубство можуть скоїти люди, які не мають до нього, здавалося б, жодних передумов, тому передбачити самогубство складно.

Причиною прояву суїциду серед військовослужбовців – повне неприйняття ними сьогодення, в ньому він не може знайти підтримки,

бо саме непереносність хвилинних обставин наводить його на думку про самогубство [60]. У позитивному майбутньому військовослужбовець може знайти ті антисуїцидальні бар'єри, які збережуть йому життя, і саме тому наявність позитивного планованого майбутнього є показником емоційної стабільності особистості й успішності психологічної профілактики аутоагресії.

Унаслідок тривалої закритості теми, її ідеологізованості суїцидальна поведінка військовослужбовців як наукова проблема виявилася недостатньо вивченою в Україні. Унаслідок цього ми можемо констатувати такі особливості профілактики суїцидальної поведінки, як низька інформованість із проблеми, невідповідність до сприйняття інформації, відсутність єдиної наукової концепції профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців. У жодному з видів розуміння і профілактики людських девіацій не існує стільки помилок і суперечливих поглядів, як стосовно суїцидальної поведінки особистості [60].

Вивчення літератури з проблеми показало [60], що в сучасній практиці виділяються три види профілактики девіантної поведінки військовослужбовців, у тому числі і фрустрованих військовослужбовців, яким властиві стійкі форми саморуйнівної поведінки, небезпечної для здоров'я (схильність до суїциду). Загальна профілактика має спрямовуватися на потреби військовослужбовців у соціально схвалюваній діяльності, на формування уявлень про норми, розвиток здібностей до саморегуляції своєї поведінки. Спеціальна профілактика полягає в набутті знань про негативні наслідки конкретного виду девіантної поведінки (у цьому контексті аутоагресії) і у створенні умов для задоволення потреб соціально прийнятними способами. Індивідуальна профілактика полягає у створенні психологічних обставин, що забезпечують успіх у соціально схвалюваних видах діяльності конкретних військовослужбовців. Таким чином, сучасна психологічна практика як головна константа в профілактиці суїцидальної поведінки виділяє успішну соціалізацію військовослужбовця.

Дослідник А. В. Боєнко пропонує проводити профілактику суїцидальної поведінки відповідно до термінології Всесвітньої організації охорони здоров'я, виділяючи її первинну, вторинну і третинну складові [113]. Відповідно до цього варто також говорити про первинну, вторинну і третинну профілактику суїцидальної поведінки військовослужбовців.

Первинна профілактика спрямована на усунення соціальних передумов суїцидальної поведінки. Ця робота полягає в наданні допомоги щодо правової, медичної, соціальної, психологічної нормалізації обстановки у військовій частині, підвищенні соціометричного статусу військовослужбовця, створенні ситуації успіху, підвищенні рівня поінформованості, створенні телефону довіри для військовослужбовців, програм і методик для офіцерів та ін. На погляд Е. Гроллмана, рівень первинної профілактики відповідає превенції (попередження) суїцидальної поведінки [114].

Вторинна профілактика включає в себе таке: виявлення військовослужбовців групи суїцидального ризику, що перебувають у психотравмуючій ситуації розвитку, надання їм психолого-педагогічної підтримки, проведення індивідуальної та групової роботи з поліпшення

комунікативних навичок, навчання азбуці превенції, прийомам саморегуляції і конструктивним стратегіям поведінки тощо. Рівень вторинної профілактики відповідає інтервенції [114].

Третинна профілактика проводиться стосовно військовослужбовців, які вчинили суїцидальну спробу: надання військовослужбовцеві спеціалізованої допомоги, усунення психотравмуючих обставин. Труднощі полягають у тому, що військовослужбовець-суїцидент продовжує військову службу, перебуває в оточенні тих самих людей, які можуть знати чи не знати про те, що трапилось. За наявності в групі ризику військовослужбовця, який вчиняв суїцидальну спробу, зміст профілактичних групових занять необхідно коригувати, публічне обговорення проблеми неприпустиме навіть у формі вільної дискусії. Військовослужбовець потребує індивідуальної роботи і постійного психологічного супроводу. Однак при цьому важливий психологічний такт, без нав'язливості і надання його вчинку героїчного романтичного ореолу. До третинної профілактики відносять також заходи допомоги офіцерам і товаришам по службі, визначення стратегії роботи з військовим колективом, військовослужбовець якого скоїв суїцид. Рівень третинної профілактики відповідає поственції. Саме третинна профілактика найскладніша і вимагає від психолога високої компетентності.

Практика показує, що, коли у військовому колективі відбувається подібний випадок, розгубленість і неадекватні дії можуть сприяти стереотипізації суїцидальної поведінки і призводити до “скопійованих” самогубств.

Таким чином, головна мета процесу профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців – збереження життя і здоров'я військовослужбовця. Цей процес має складну багаторівневу структуру й вимагає залученості всіх суб'єктів профілактики до діяльності зі своєчасного розпізнавання й гальмування суїцидальних тенденцій військовослужбовців, їх спеціальної підготовленості та методичного оснащення превентивної роботи.

Аналіз наукової літератури з проблеми дослідження показав, що самогубство як поведінковий акт є частиною загальної аутодеструктивної поведінки людини. Суїцидальна поведінка особистості – один із найскладніших психічних феноменів, що визначається інтеграцією таких структурних компонентів: суїцидально-когнітивний (змінені пізнавальні процеси, звужена свідомість, характерне для суїцидальних тенденцій ставлення до світу і самого себе); суїцидально-емотивний (переживання, почуття, суїцидальні настрої, афекти, в яких розкривається внутрішня психологічна причина); суїцидально-аксіологічний (змінені ціннісні орієнтації, зокрема ставлення особистості до сенсу життя і втрата цінності життя як такого); суїцидально-діяльнісний (суїцидальні дії та вчинки особистості, в яких виявляються особливості характеру, темпераменту, потреби, погляди, уподобання, а також ставлення до предметів і явищ навколишньої дійсності).

Суїцидальна поведінка особистості має певні риси, стадії проходження, види, а також різну ступінь суїцидальної активності та різні форми її прояву. Отже, доцільно використовувати таке поняття, як “особистість, схильна до

суїцидальних форм поведінки”, що включає в себе як зовнішню суїцидальну активність (суїцидальні дії), так і внутрішню (суїцидальні прояви). За наявності в особистості суїцидальності зазнають змін когнітивний, емотивний, аксіологічний і діяльнісний компоненти.

Будь-яка з форм суїцидальної поведінки може бути притаманна кожній людині (наприклад суїцидальні думки), тому заходи профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України мають розроблятися з широкою метою допомогти кожному військовослужбовцеві в період життєвих труднощів, психологічної кризи і внутрішніх суперечностей, коли зростає ризик появи суїцидальних тенденцій.

У свою чергу, акт самогубства особистості провокується багатьма факторами, при цьому зумовлений не лише зовнішніми умовами, але й прихованими внутрішніми індивідуальними причинами. Самогубство – це завжди рівнодіюча з трьох факторів: особливості особистості, причини й умови, які сприяють його вчиненню.

Психологічні умови профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України є системою роботи з конкретною особою, що включає три основних компоненти: змістовний (суїцидальна поведінка особистості розглядається як предмет психологічного аналізу); операційно-діяльнісний (відображає умови реалізації психологічного супроводу особистості, схильної до суїцидальних форм поведінки: використання когнітивного алгоритму аналізу суїцидально орієнтованої інформації, розширення спектра способів вирішення проблем на основі формування життєствердних цінностей, закріплення несуйцидальних форм поведінки в процесі тренінгових занять); оціночно-регулятивний (зниження суїцидальних проявів особистості в таких сферах: когнітивній, емотивно-аксіологічній та діяльнісній).

Р о з д і л 2

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ І СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЗАКОРДОННИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ СУЇЦИДОЛОГІЇ

2.1 Загальний огляд суїцидологічних досліджень, здійснених у 2018–2020 рр.

Попри всі зусилля дослідників проблема прогнозування і профілактики суїцидів так остаточно й не вирішена і залишається відкритою для подальшого вивчення. Науковці не відмовляються від будь-яких запропонованих варіантів і вдаються до надзвичайних за масштабами досліджень із найрізноманітнішими експериментальними планами. Аналіз опублікованих закордоном у 2018–2020 рр. досліджень показав таке.

За вибіркою розглянуті дослідження можуть: охоплювати своїм аналізом усі випадки суїцидів у загальній вибірці за десятиріччя, бути кроскультурними й порівнювати різні аспекти самогубства у людей різних країн, культур, релігій; охоплювати генеральну сукупність самогубць у таких вибірках, як військовослужбовці та особи, що відбувають покарання за вчинені злочини. Науковці вдаються і до лонгitudних досліджень, які можуть тривати не одне десятиріччя, у вибірках групи ризику – психічно хворі, діти, позбавлені опіки батьків, пережили насильство та знущання тощо. Дослідження поширюють і на осіб, які потрапили під вплив скоєних суїцидів: родичі (батьки, діти, друзі, близькі за віком із загиблим), які тужать за самогубцею; правоохоронці, які документують і розслідують обставини суїцидів; медичні й соціальні працівники, які допомагають вижити після спроб; особи, які стали споживачами контенту про суїцид із ЗМІ (новини та інформація недокументального характеру). Деякі дослідження використовують гіпотетичні ситуації, коли учасникам пропонують уявити ситуацію вчинення самогубства кимось із їх оточення. Поширені дослідження, спрямовані на визначення найтипівіших засобів самогубства (зброя, отрута) і впливу контролю за їх обігом, зберіганням як фактором профілактики самогубств.

Дослідження останніх трьох років спрямовувалися на визначення культурного, релігійного, історичного (наприклад війна) контексту суїцидів; тривають уточнення соціально-демографічних характеристик суїцидентів і виявлення всього спектра особистісних особливостей, особливостей міжособистісної взаємодії та особливостей, що пов'язані з наявними соматичними і психічними захворюваннями, їх взаємовпливів та типологій у формуванні й розгортанні суїцидальної активності. Уточнюють роль станів у розвитку й реалізації суїцидальної активності (зокрема депресії, переживання болю, психічних страждань), їх сприйняття. Значна увага приділяється питанням горювання і ПТСР у тих, хто пережив суїцид. Визначають вплив участі в бойових діях, переживання катастроф, вплив госпіталізації на повторні спроби самогубств. Окремою темою є питання стигматизації суїцидів і її вплив на звернення по допомогу тих, у кого є суїцидальні думки, тих, хто переживає горювання за загиблими самогубцями, тих, хто надає допомогу особам, які

вчинили суїцидальні спроби. Дослідження спрямовані на визначення механізмів переходу від суїцидальних думок до дій.

Предметом досліджень також стає спосіб фіксації даних, який зробить їх придатними для подальшого використання як для потреб науки (у нових ширших, кроскультурних чи лонгітюдних дослідженнях), так і клініки (медичної практики).

Використовуються порівняльні, лонгітюдні, кроскультурні плани досліджень. Емпіричний матеріал, окремі дослідження включаються у більш широкі схеми.

Серед методів аналізу емпіричних даних використовуються як клінічні, що передбачають опис окремих випадків на основі професійного досвіду, контент-аналіз (наприклад, передсмертних паперових записок і повідомлень у СМС та Інтернеті), так і надзвичайно складний статистичний аналіз, який дозволяє виявити взаємні впливи окремих змінних чи стабілізувати окремі змінні, аби виявити вплив інших факторів; визначити посередників, що пом'якшують або підсилюють впливи змінних; виявити генералізовані фактори.

Широко застосовується метааналіз як узагальнення досліджень за десятиріччя і досліджень, здійснених у різних країнах.

Значна кількість досліджень присвячена розробленню і встановленню психометричних характеристик психодіагностичних методик оцінювання ризику суїциду, їх рестандартизації для різних вибірок.

Низка досліджень присвячена оцінюванню ефективності психотерапевтичних заходів. При цьому оцінюється як вплив заходу на окремі властивості, що опосередковують суїцидальну активність (наприклад, зменшення почуття самотності, непотрібності, обтяження, навчання переживанню болю чи адаптивним стратегіям, що дозволяють уникати травматизації та ін.), на складники суїцидальної активності (інтенсивність суїцидальних думок, намірів, планів), так і безпосередньо на оцінювання кількості спроб суїцидів, учинених у певні відрізки часу після терапії.

Суб'єктами досліджень суїцидальної активності стають психологи, психіатри, соціологи, культурологи та інші фахівці.

Зокрема, бібліометричний аналіз показав, що в період 1989–2018 рр. було 41 276 публікацій про суїцидальну поведінку. За 30 років кількість щорічних публікацій зросла в 6 разів. Психологія і психіатрія були домінуючими галузями досліджень. Три чверті всіх публікацій видано у країнах із високим рівнем доходу. Значний розрив між дослідженнями чоловічої та жіночої статі зберігався весь час. Фінансування досліджень було переважно державним, значна частка коштів також надходила з приватного сектору. У цілому суїцидологія уявляється як динамічне поле досліджень. Автори наголошують на двох пріоритетних напрямках: подолання гендерного розриву і заохочення досліджень у країнах із низьким і середнім рівнем доходу, де вчиняється 80 % самогубств [115].

Про розмах проблеми і намагання її вирішити свідчить і те, що Міністерство оборони (DoD) США ініціювало узагальнюючі дослідження: 1) аналіз літератури, присвяченої проблемі профілактики суїцидів з акцентом

на військову організацію; 2) пошук концептуальної моделі, котру можна використати як підґрунтя для розуміння причин самогубства у військових частинах; 3) вироблення стратегії поственції в Міністерстві оборони в контексті досліджень, клінічних і політичних рекомендацій [116]. Крім того, фахівцям запропонували проаналізувати всю доступну архівну інформацію (1819–2017 рр.) про обставини і причини вчинення самогубства військовослужбовцями США [117]; було об'єднано зусилля з дослідниками військових суїцидів з інших країн, зокрема Німеччини, Канади, Великої Британії [118]. Так, Gerd-Dieter Willmund, Henriette Waechter, Christian Helms, Ulrich Wesemann, Julius Heß, Anja Seiffert зазначають, що дотепер дослідники в цих країнах зосереджувалися на епідеміологічних аспектах самогубств, окремих факторах ризику, групах ризику, на самогубствах, пов'язаних із відрядженнями для виконання бойових завдань за кордоном, а також на зв'язку спроб самогубства з гострими психічними розладами. Проте сьогодні докладаються зусилля до розроблення й оцінювання програм профілактики, втручання, що орієнтовані на групи ризику й ураховують особливості професії; зосереджується увага на розбіжностях між групами ризику з летальною і нелетальною суїцидальною поведінкою.

Ще одним, не менш масштабним, проектом було багаторівневе дослідження ув'язнених, у якому взяли участь 18 185 ув'язнених, що утримуються у 39 федеральних в'язницях і у 287 в'язницях штатів США. Дослідження дозволило зробити низку висновків на мікрорівні, зокрема, було визначено прогностичні моделі суїцидальних думок і спроб самогубства. Визначено також розбіжності у прогностичних моделях ув'язнених чоловічої і жіночої статі. На макрорівні встановлено зв'язок між характеристиками в'язниці і самогубством ув'язнених [119].

Переважає кількість досліджень суїцидальної поведінки здійснюється у високорозвинених країнах, і ці дослідження мають значні бюджети. Для публікації результатів досліджень суїцидальної поведінки засновано окремі спеціалізовані видання, серед яких такі авторитетні наукові журнали, як “Suicide and Life-Threatening Behavior” (“Самогубство та поведінка, що загрожує життю”), “Archives of Suicide Research” (“Архів досліджень самогубств”). Значна частка досліджень, присвячених проблемі самогубства в журналах “Crisis” (“Криза”), “Military Behavioral Health” (“Військове поведінкове здоров'я”) та “Death Studies” (“Дослідження смерті”).

І попри всі неймовірні зусилля дослідники продовжують отримувати суперечливі дані і не можуть вибудувати концепцію суїциду, придатну для ефективного прогнозування та профілактики суїцидальної активності. Суїцидологія залишається відкритою для нових пропозицій. Остання тенденція суїцидологічних досліджень – об'єднання зусиль різних країн, фахівців, використання лонгітюдних і крос-культурних досліджень, пошук аналогій із вирішенням інших проблем.

2.2 Сучасні закордонні дослідження факторів суїцидального ризику

Дослідницька група Joiner у 2010 р., уточнивши зміст розробленої ними 2005 р. міжособистісно-психологічної теорії суїцидів, запропонувала науковій спільноті всього світу взяти участь у її перевірці. Відгук на це запрошення був надзвичайно потужним. Так, частка публікацій, які стосувалися цієї теорії, у найавторитетніших міжнародних журналах із дослідження самогубства (“Suicide and Life-Threatening Behavior”, “Archives of Suicide Research”, “Crisis”) до 2016 р. зросла майже до третини від усіх публікацій [120]. По суті, положення міжособистісно-психологічної теорії суїцидів на кілька років визначили основний напрямок досліджень у суїцидології. Проте однозначно довести чи спростувати теорію не вдалося й досі. Групу Joiner критикували насамперед за те, що штучна популяризація теорії загальмувала науковий пошук у суїцидології, зробила його односпрямованим, обмеженим, таким, що не відповідає такому багатфакторному і контекстуальному феномену, як самогубство. Останнім часом (2018–2020 рр.) у суїцидологічних дослідженнях спостерігається прагнення міжособистісно-психологічну теорію суїцидів доповнити положеннями інших теорій. Проте найпоширеніші дослідження посередників між компонентами теорії і ризиком скоєння суїциду, бо за високого рівня узагальнення компоненти міжособистісно-психологічної теорії суїцидів переважно підтверджуються.

У своїй праці “Чому люди помирають унаслідок самогубства” (2005 р.) компонентами міжособистісно-психологічної теорії самогубства Joiner називає зірвану належність, сприйману тяжкість і набуту здатність до самогубства.

Під зірваною належністю розуміється відчуття неналежності, самотності. Сприймана тяжкість – це оцінювання себе настільки неефективною, що особа починає сприймати себе як тягар для інших, у неї виникає думка, що іншим буде краще без неї. Зірвана належність і сприймана тяжкість разом утворюють суїцидальне бажання. Згідно з теорією для того, щоб особа вчинила самогубство крім суїцидального бажання має бути здатність до самогубства. Автор концепції наголошує, що збіг усіх трьох компонентів є вкрай рідкісним явищем, що визначає й рідкість самогубств. Визначення механізму переходу від суїцидального бажання до суїцидальної поведінки стало найскладнішою і найактуальнішою темою для сучасних дослідників самогубств, справжнім викликом для них.

Зразком дослідження, в якому вкотре перевіряються тези міжособистісно-психологічної теорії, є дослідження Caitlin Wolford-Clevenger, Gregory L. Stuart, Lawrence Christian Elledge, James K. McNulty, Anthony Spirito. Науковці ставили завдання визначити, наскільки міжособистісно-психологічна теорія суїцидів придатна для прогнозування суїцидальних думок, які мають проксимальний характер (виникли нещодавно). Така постановка завдання важлива для доведення доцільності використання міжособистісно-психологічної теорії для організації вчасного, раннього втручання (допомоги). Для отримання емпіричного матеріалу дослідники протягом 90 днів здійснювали відповідно до конструктів теорії щоденне опитування студентів, у яких в анамнезі були

суїцидальні думки. Було повністю заповнено більше 7 тис. опитувальників із майже 20 тис. відправлених. Отримані результати показали, що зірвана належність і сприймана тяжкість позитивно пов'язані з пасивними суїцидальними думками щоденного рівня. Сприймана тяжкість пов'язана із щоденними активними суїцидальними думками лише на високих рівнях зірваної належності й безнадійності. Активні суїцидальні думки, але не здатність до самогубства були позитивно пов'язані із суїцидальною поведінкою на щоденному рівні. За результатами дослідження зроблено висновок, що міжособистісно-психологічна теорія суїцидів дозволяє прогнозувати пасивні й активні суїцидальні думки на щоденному рівні за обмеженої підтримки суїцидальної поведінки [121].

У дослідженні Katie Dhingra, Sean M. Mitchell, Bill Davies, Michael D. Anestis, Joye C. Anestis зірвана належність і сприймана тяжкість розглядаються як такі, що опосередковують зв'язок між психопатичними рисами і суїцидальними ідеями в ув'язнених. Відповідно до положень міжособистісно-психологічної теорії самогубств автори дослідження вважають зірвану належність і сприйману тяжкість тими механізмами, які пояснюють патогенез суїцидального бажання. У своєму дослідженні вони використали дані обстеження 784 ув'язнених, які відбувають покарання у США. Науковцям вдалося в цілому підтвердити своє припущення, що психопатичні риси опосередковано пов'язані із суїцидальними думками через конкретніші процеси, що сприяють самогубству, – зірвану належність і сприйману тяжкість. Якщо конкретніше, то дослідження показало, що егоцентризм і пошук стимулів були опосередковано пов'язані із суїцидальними думками через зірвану належність і сприйману тяжкість, коли обидва механізми поєднані. Проте результати також показали, що зірвана належність опосередковує зв'язок між антисуїцидальною поведінкою, егоцентричністю, пошуком стимулу та суїцидальними ідеями, тоді як опосередкування, що здійснює сприймана тяжкість, були значними лише між егоцентризмом, пошуком стимулу і суїцидальними ідеями. Таким чином, на погляд дослідників, психопатичні риси можуть вважатися маркерами суїцидального ризику для ув'язнених [122].

Прикладом, в якому компоненти міжособистісно-психологічної теорії суїциду розглядаються поряд з іншими змінними із подальшим їх узагальненням для диференціації особливостей тих, хто вчиняє самогубство, від тих, хто не переходить від думок до суїцидальної поведінки, стало дослідження Marisa E. Marraccini, Leslie A. Brick, J. Conor O'Neill, Lisa L. Weyandt та Ashley L. Buchanan. У цьому дослідженні кластерному аналізу піддавалися дані опитування 626 молодих людей (віком близько 20 років), які описували суїцидальні думки, безстрашність щодо смерті, депресію, безнадію, зірвану належність, проблеми з алкоголем чи наркотиками, стримування в поведінці та емоційний контроль. У ході дослідження встановлено, що 78 % його учасників не мали в анамнезі будь-яких самоушкоджень. Дві інші групи мали досвід самоушкоджень (думок, планів і поведінки самогубств і самоушкоджень) та відрізнялись один від одного наявністю спроб самогубства. Автори дослідження доходять висновку, що безстрашність щодо смерті

дозволяє диференціювати осіб, які вчиняють спроби самогубства, від тих, хто не вчиняє таких спроб [123].

Ще одним дослідженням, у якому встановлювалися предиктори, котрі дозволяють диференціювати осіб, у яких суїцидальні думки переходять у спроби самогубства. У дослідженні авторським колективом (Sandra Pérez, Montserrat Cañabate Ros, Jose E. Layron Folgado, Jose H. Marco) порівнювалися думки про самогубство, безнадійність, межові симптоми, частота, типи, якість різних методів несуйцидального самоушкодження та його внутрішньоособистісні й міжособистісні функції у вибірці 238 пацієнтів із розладами харчової поведінки з різною суїцидальною історією (без суїцидальної історії; з нещодавніми думками чи спробами суїцидів; із спробами самогубств минулого року). Крім того, аналізувалася прогностична сила цих змінних щодо кількості спроб самогубства протягом півроку після першої спроби. У ході цього дослідження встановлено, що група, в анамнезі якої були спроби самогубства, на відміну від тих, хто мав лише суїцидальні думки, характеризувалася більшою кількістю різних методів несуйцидального самоушкодження, вищою їх частотою, різноманітністю та більшою кількістю внутрішніх і міжособистісних функцій несуйцидальних самоушкоджень. Крім того, найкращим предиктором повторних спроб самогубства протягом півроку були саме несуйцидальні самоушкодження [124].

Про значну роль несуйцидальних самоушкоджень у самогубствах підлітків ідеться і в дослідженні китайських науковців: Yaxuan Ren, Jianing You, Xu Zhang, Jiye Huang, Bradley T. Conner, Rui Sun. Вони вивчали такі компоненти здатності до самогубства, як безстрашність щодо смерті, терпимість до болю, нечутливість до болю, підготовка до самогубства, план самогубства і сміливість, а також болісні і провокаційні події, несуйцидальні самоушкодження, симптоми депресії, безнадію. Вони досліджували китайських підлітків, які, по-перше, здійснювали спроби самогубства, по-друге, мали думки про самогубство, по-третє, перебували в контрольній групі. Дослідники встановили, що вищий рівень толерантності до болю, детальніші плани самогубства, позитивніше ставлення до самогубства, а також більш болісні переживання і важчі депресивні симптоми позитивно пов'язані зі збільшенням імовірності наявності як думок про самогубство, так і спроб. І лише несуйцидальне самоушкодження статистично є нижчим у групі спроб самогубства порівняно з групою з думками про самогубство [125].

Olivia D. Chang, Madeleine M. Batra, Vidhya Premkumar, Edward C. Chang та Jameson K. Hirsch у своєму дослідженні задалися метою перевірити висновок, зроблений раніше для вибірки студентів коледжу, про те, що зірвана належність і сприймана тяжкість є медіаторами між орієнтацією на майбутнє і ризиком самогубства (зокрема, між депресією і суїцидальністю). Вони відтворили дослідження на вибірці пацієнтів первинної медичної допомоги ($n = 97$). Отримані ними результати підтвердили, що сприймана тяжкість і зірвана належність є механізмами, що пояснюють зв'язок між орієнтацією на майбутнє і ризиком самогубств у пацієнтів первинної медичної допомоги [126].

Натомість у дослідженні Yitzchok D. Wagshul з'ясовується теза про те, що збільшення надії зменшує показники зірваної належності і сприйманої тяжкості, проте збільшує показники здатності до самогубства. Для повнішого розуміння цього феномену дослідник пропонує використати таке поняття, як локус Бернардо, згідно з яким надія може міститися не лише у власних планах і можливостях (внутрішній локус надії), а й у планах інших людей (зовнішній локус надії). В організованому науковцем онлайн дослідженні взяли участь близько 200 осіб. Отримані результати підтвердили, що внутрішній локус надії позитивно пов'язаний із набутою здатністю до самогубства; зовнішній локус надії пов'язаний зі зменшеною набутою здатністю до самогубства. Такі результати, на погляд Yitzchok D. Wagshul, дозволяють коректніше будувати профілактику самогубств, використовуючи втручання, що спрямовані на підвищення рівня зовнішньої надії, які можуть утримувати самогубця від реалізації його планів [127].

Проте кількома місяцями раніше інший авторський колектив (Кум Riley та Suzanne McLaren), розглядаючи такі складники надії, як сила волі і знаходження шляху, задався питаннями, чи послаблюють ці компоненти зв'язок між статусом стосунків і зірваною належністю, а також між зірваною належністю і суїцидальною поведінкою. У дослідженні взяли участь 370 респондентів, які відповіли на запитання “Опитувальника про суїцидальну поведінку”, “Опитувальника про міжособистісні потреби” та “Шкали диспозиційної надії для дорослих”. Отримані Кум Riley та Suzanne McLaren результати підтвердили, що зірвана належність опосередковує зв'язок між статусом стосунків і суїцидальною поведінкою. Однак дослідникам на той час не вдалося довести, що надія (у тому аспекті, як вона розглядалася в дослідженні) послаблює зв'язок між статусом стосунків і зірваною належністю, а також між зірваною належністю і суїцидальною поведінкою [128].

Досить потужним напрямком сучасних досліджень залишається визначення ролі емоційної сфери у формуванні ризику самогубств. Аналізується й потреба в афекті, і низька емоційна обізнаність, і слабкість контролю емоційної сфери (проблеми рефлексії, нав'язливості, імпульсивності тощо), і негативні переживання (тривога, депресія, психологічні і фізичні страждання тощо) як чинники, так і медіатори, посередники, що збільшують суїцидальний ризик.

Дослідження Claire N. Bryson, Robert J. Cramer та Adam T. Schmidt розширює міжособистісно-психологічну теорію самогубства (IPTTS), вивчаючи її зв'язок із потребою в афекті, конструкцією, що пояснює ставлення до пошуку як позитивних, так і негативних емоцій. Було встановлено, що існує негативний зв'язок між прагненням до емоцій і зірваною належністю, а також позитивний зв'язок між уникненням емоцій і сприйманою тяжкістю й зірваною належністю [129].

Penelope Hasking, Mark E. Boyes, Amy Finlay-Jones, Peter M. McEvoy та Clare S. Rees задалися питанням, чи є нав'язливі думки і жалість до себе регулятором і (або) посередником між негативним афектом і несуйцидальним самоушкодженням і суїцидальними думками. У дослідженні взяли участь

415 студентів університетів, які заповнили добре перевірені шкали негативного афекту, нав'язливих думок, жалості до себе, несуйцидальних самоушкоджень і суйцидальних думок. Дослідження показало, що ні нав'язливі думки, ні жалість до себе не опосередковували зв'язок між негативним афектом і несуйцидальним самоушкодженням і думками про самогубство. Проте було встановлено зв'язок між нав'язливістю і жалістю до себе, а також між негативним афектом і наявністю в анамнезі несуйцидальних самоушкоджень і думок про самогубство. Крім того, жалість до себе опосередковувала зв'язок між негативним афектом та 12-місячним самоушкодженням і думками про самогубство. Дослідники вважають вивчення жалості до себе (самоспівчуття) перспективним для ініціатив раннього втручання, які зосереджені на менш самокритичних засобах самоствавлення [130].

Дослідницький колектив – Adam G. Horwitz, Ewa K. Czyz, Johnny Verona, Cheryl A. King – припустив, що поділ нав'язливих думок, про які часто говорять як про фактор суйцидального ризику, на два складники (тяжкість думок і рефлексія) дозволить по-новому оцінити зв'язок між ними і суйцидальними думками та спробами. У цьому дослідженні опитування відбувалося серед 286 підлітків і молодих людей (від 13 до 25 років), які звернулися по психіатричну допомогу через суйцидальні думки чи недавню спробу самогубства. Було встановлено, що тяжкі думки пов'язані в анамнезі з однією чи кількома спробами самогубства, але не з одномоментними (наявними зараз) думками про самогубство. Рефлексія виявилася не пов'язаною ні зі спробами самогубства протягом життя, ні з одномоментними думками про самогубство. Крім того, дослідження показало, що зв'язки нав'язливих ідей і тяжких думок із суйцидальними думками і спробами були слабкими і статистично не значущими. Визначивши, що нав'язливі думки мають досить обмежені зв'язки із суйцидальними думками та спробами у групі підвищеного ризику, науковці вважають за необхідне провести додаткові лонгітюдні дослідження для розкриття змісту цих зв'язків [131].

Порівнюючи здорових підлітків і підлітків із самоушкодженнями суйцидального і несуйцидального характеру за показниками прив'язаності до дорослих і пов'язаної з нею емоційною дисрегуляцією, Susanna Pallini, Arianna Terrinoni, Sara Iannello, Rita Cerutti, Mauro Ferrara, Fiorella Fantini, Fiorenzo Laghi встановили таке. Підлітки із самоушкодженнями (як зі спробами самогубства, так і без них) мають неструктуровані уявлення щодо прив'язаності та ознаки пошкоджених рефлексивних функцій. У підлітків, які вчинили спроби самогубства спостерігаються порушення міжособистісних стосунків. В обох клінічних групах підлітки вживали слова, що виражають суйцидальні наміри, у здорових підлітків таких особливостей не встановлено [132].

Colin Palmer, Charlotte Connor, Sunita Channa, Anna Lavis, Newman Leung, Nick Parsons, Max Birchwood також присвятили своє дослідження складностям емоційної регуляції у підлітків, які здійснили самоушкодження. У дослідженні взяли участь 318 підлітків із самоушкодженням в анамнезі, у яких було оцінено емоційну регуляцію, депресію, тривогу у двох часових точках протягом 6 місяців. Визначено, що перед здійсненням самоушкодження у підлітків

ускладнилась емоційна регуляція. Регресійний аналіз дозволив цим дослідникам виявити суттєвий зв'язок емоційної регуляції, зокрема, відсутності емоційної ясності до першого епізоду самоушкодження. Акт учинення самоушкодження викликає відчуття зменшення вираженості цих емоційних труднощів. Брак емоційної обізнаності та складності з імпульсивним контролем характерні для тих, у кого самоушкодження мали продовження (більше одного епізоду) [133].

У своєму дослідженні інша група дослідників – Margaret M. Baer, Jessica M. LaCroix, Joy C. Browne, Helena O. Hassen, Kanchana U. Perera, Jennifer Weaver, Alyssa Soumoff, Marjan Ghahramanlou-Holloway – також дійшли висновків, що люди зі зниженою емоційною обізнаністю можуть мати труднощі в розвитку міжособистісних зв'язків і більший суїцидальний ризик. На їх думку, брак емоційної обізнаності може бути потенційним фактором, що сприяє як суїцидальному прагненню, так і здатності до суїциду. Проте дослідження цієї групи дещо відрізнялося від попереднього. Так, основною групою стали 134 військовослужбовці, які поступили до психіатричної лікарні з кризою, пов'язаною із самогубством. Учасники відповіли на запитання “Шкали труднощів у врегулюванні емоцій”, “Шкали імпульсивності Барратта”, “Шкали набутої здатності до самогубства” та “Опитувальника міжособистісних потреб”. Було встановлено, що всі вимірювання емоційної дисрегуляції та один аспект імпульсивності позитивно корелюють зі сприйманою тяжкістю і зірваною належністю. Брак емоційної обізнаності позитивно пов'язаний із набутою здатністю до самогубства. Проте після врахування змінних депресії, безнадійності та демографічних коваріат брак емоційної обізнаності значною мірою пов'язувався як із зірваною належністю, так і з набутою здатністю до самогубства, проте не корелював зі сприйманою тяжкістю, а імпульсивність виявилася непов'язаною з жодною змінною міжособистісно-психологічної теорії суїциду [134].

Дослідження Michael Eaddy, Lucas Zullo, Sarah E. Horton, Jennifer L. Hughes, Betsy Kennard, Andrew Diederich, Graham J. Emslie, Lisa Schuster, Sunita M. Stewart є ще одним із серії вивчення взаємозв'язку між порушеною регуляцією емоцій і змінними міжособистісно-психологічної теорії самогубства (сприйманою тяжкістю, зірваною належністю та здатністю до самогубства) і ризиком самогубства (як безперервною змінною, що зростає в інтенсивності від неспецифічної до активної суїцидальної думки, і далі – до наміру і плану) у підлітків, які перебувають у психіатричному стаціонарі. Дослідники зазначають, що, як і припускалося, зв'язок між дисрегуляцією емоцій і ризиком самогубства пояснюється сприйманою тяжкістю і здатністю до самогубства. Симптоми депресії мали незалежний зв'язок з ризиком самогубства після контролю змінних міжособистісно-психологічної теорії самогубства. Автори вважають, що поліпшення керування емоціями сприятиме підтриманню низького рівня впливу на ризик самогубства [135].

Kristen M. Sorgi, Brooke A. Ammerman, Joey C. Cheung, Martha K. Fahlgren, Alexander A. Puhalla та Michael S. McCloskey вивчали зв'язок несуйцидальних самоушкоджень у студентів із емоційною дисрегуляцією та

неадаптивними формами поведінки (переїдання, уживання психоактивних речовин, фізична агресія тощо). Вони встановили, що неадаптивні форми поведінки значною мірою пов'язуються з наявністю несуйцидального самоушкодження. Проте деякі з цих форм неадаптивної поведінки пов'язані з ризиком несуйцидального самоушкодження незалежно від наявності порушення регуляції емоцій [136].

Megan Chesin та Michele Cascardi взялися перевірити, чи пов'язані три афективно-когнітивні змінні (усвідомлення (рефлексія), емоційна реактивність і тяжкість депресивних симптомів), по-перше, з актуальними суйцидальними думками, по-друге, з наявними в анамнезі суйцидальними спробами, по-третє, із суйцидальними думками та спробами. Була також перевірена наявність зв'язку між імпульсивною агресивністю та афективно-когнітивними корелятами суйцидальної поведінки. У цьому дослідженні взяли участь 780 молодих людей, які пройшли відповідне опитування. Науковці встановили, що особи із суйцидальними думками незалежно від наявності суйцидальних спроб в анамнезі мають виражені депресивні симптоми. Імпульсивна агресивність не визначала взаємозв'язку між суйцидальними думками та спробами і усвідомленням (рефлексією), емоційною реактивністю чи тяжкістю симптомів депресії. Усвідомлення (рефлексія) є маркером суйцидальних спроб, а тяжкість депресивних симптомів пов'язана з актуальними суйцидальними думками і суйцидальними спробами у молодих людей. Імпульсивна агресивність не впливає на ці зв'язки [137].

Ahmed A. L. Abdel Hamid, Mohamed Nasreldin, Sherif M. Gohar, Alia A. Saleh, Mennat-Allah Tarek вивчали підвищення ризику суйцидальності в осіб із біполярними розладами, які мають нав'язливі релігійні чи сексуальні думки. У дослідженні взяли участь 90 осіб, які мали біполярний розлад із нав'язливими релігійними чи сексуальними думками і без них. Було встановлено, що близько половини (54,4 %) від загальної вибірки дослідження пацієнтів із біполярним розладом мають нав'язливі думки сексуального чи релігійного характеру. У цих пацієнтів значно більше суйцидальних спроб, важча депресія і суйцидальні думки, ніж у тих, у кого немає нав'язливих релігійних і сексуальних думок. Дані за шкалою Бека (BSSI) для визначення суйциду показали значну кореляцію з показниками дистресу, що пов'язаний із сексуальними та релігійними нав'язливими думками, за шкалою оцінювання депресії Гамільтона (HAMD) та obsесивно-компульсивною шкалою Йеля-Брауна (DY-BOCS). Дослідники дійшли висновку, що саме депресія опосередковує виникнення суйцидальних думок у пацієнтів із біполярними розладами, які мають нав'язливі релігійні чи сексуальні думки [138].

У дослідженні Craig J. Bryan та M. David Rudd визначалася роль психічних захворювань і депресії у вчиненні множинних спроб самогубства. Досліджувалося 590 військовослужбовців-ветеранів періоду військових операцій в Іраку та Афганістані. Вони пройшли обстеження за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю для DSM-IV (SCID) та Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Їхня історія спроб самогубств була реконструйована за допомогою опитувальника "Інтерв'ю самоушкодження

спроб самогубства” (SASII). Було встановлено, що серед військовослужбовців із множинними спробами самогубств значно поширеніші межові розлади особистості без інших психіатричних діагнозів, ніж у тих, хто не переходить від суїцидальних думок до спроб, і тих, хто не мав повторних спроб самогубств. Тяжкий депресивний розлад значно поширеніше серед тих, хто вчинив одиночні чи множинні спроби самогубства, ніж серед тих, хто не переходить від суїцидальних думок до суїцидальних спроб. Проте поширеність тяжкого депресивного розладу не відрізняється у тих, хто вчинив одну чи має повторні суїцидальні спроби. Ґрунтуючись на таких результатах дослідження, автори наголошують, що саме межові розлади особистості найбільше пов’язані з повторними спробами самогубства серед військовослужбовців і ветеранів, які проходили лікування в амбулаторних психіатричних закладах [139].

У багатоцентровому дослідженні Stefan Stefa-Missagli, Human-Friedrich Unterrainer, Giancarlo Giurponi, Sandra-Johanna Holasek, Hans-Peter Kapfhammer, що проводилось у трьох регіонах Європи (центральна Італія, південно-східна Італія та східна Австрія), вивчався вплив особистісних особливостей на ризик самогубства з урахуванням культурного фактора у психіатричних пацієнтів. Психіатричні діагнози в дослідженні підтверджувалися за допомогою Mini-International Neuropsychiatric Interview. У дослідженні також використовувалися такі інструменти, як соціодемографічний опитувальник, “Колумбійська шкала оцінювання тяжкості суїциду – В”, “Контрольний перелік симптомів – 90” і так звана “Велика п’ятірка” (Big Five Inventory). Науковці встановили, що у психіатричних пацієнтів інтенсивність суїцидальних ідей пов’язана з рисами невротизма, тривоги, екстраверсії і з депресією. При цьому за відсутності симптомів депресії невротизм був фактором, що захищав від суїцидальних ідей; проте, коли невротизм супроводжували симптоми депресії, у психіатричних пацієнтів ризик самогубства зростає. Дослідники зазначають, що в усіх регіонах, де проводилося це дослідження, у дослідній групі були значно вищі показники невротизму та депресії, ніж у контрольній групі (групі студентів, з якими здійснювалося порівняння) і, відповідно, вищі бали ризику самогубства. Крім того, встановлено, що самооцінка рис особистості є географічно організованою і залежить від культури і статі [140].

Дещо по-іншому розглядається роль депресії в дослідженні Elizabeth D. Handley, Tangeria R. Adams, Jody Todd Manly, Dante Cicchetti, Sheree L. Toth. Вони працювали зі 164 дівчатками-підлітками із соціально та економічно неблагополучних родин, намагаючись визначити, що з трьох варіантів – якість стосунків між матір’ю і донькою, конфлікт між матір’ю і донькою, симптоми депресії у підлітка – опосередковує зв’язок між жорстоким ставленням до дітей і думками про самогубство у підлітків. Отримані результати показали, що і якість стосунків, і конфлікт між матір’ю і донькою значно більше опосередковують зв’язок між жорстоким ставленням до підлітка й виникненням у нього суїцидальних думок, аніж значні депресивні симптоми. Дослідники зауважують, що їх дослідження підтверджує міжособистісно-психологічну теорію, і наголошують на необхідності інтервенційних втручань для незахищених підлітків [141].

Авторський колектив – William Coryell, Jess Fiedorowicz, David Solomon, Jean Endicott, Martin Keller, – визначивши, що тяжкість симптомів тривоги довгостроково (до 25 років) пов'язана з частотою депресивних епізодів протягом тижня, вирішили дослідити, чи поширюються негативні прогнози, пов'язані з тривожністю, на збільшення ймовірності суїцидальної поведінки. Дослідники оцінювали і тяжкість восьми симптомів тривоги, і наявність чотирьох тривожних розладів як фактори ризику для суїцидальних спроб у довготривалих (25-річних) спостереженнях. Окремо перевіряли вплив подій, що відбувалися протягом останніх двох років. Результати дослідження показали, що жоден із базових проявів тривоги на статистично значущому рівні не пов'язаний із довгостроковим прогнозом ризику суїцидальних спроб. Лише фобічний розлад надзвичайно часто діагностувався в осіб, що вчиняли самогубство. Тривога, яка виникла внаслідок нещодавніх (близько двох років) подій, була фактором ризику для спроб самогубства, а фобічна тривога – захистом від самогубства у цей час. Таким чином, автори дослідження наголошують, що саме актуальна тривога (реактивна тривога – та, що супроводжує події) – важливий фактор ризику для спроб і завершених самогубств [142].

Zimri S. Yaseen, Nicolette Molina, Mariah Hawes, Shira Barzilay, Igor Galynker вивчали зв'язок між патологічним мисленням (відповіді на “Опитувальник болісності думок” RMI-Q) та емоційним реагуванням у пацієнтів із різною суїцидальною історією (наявність і тривалість суїцидальних думок, суїцидальної поведінки). Під час дослідження, в якому взяли участь 385 амбулаторних пацієнтів, було встановлено, що патологічне мислення наявне у 87,5 % вибірки дослідження. Пов'язане воно з тривалістю суїцидальної історії пацієнтів і супутніми суїцидальними думками та суїцидальною поведінкою. Автори дослідження також установили, що тривалість суїцидальної історії пов'язана з послабленням емоційних реакцій, а реакції негативної валентності на болісні уявлення пов'язані з тяжкістю супутньої психопатології [143].

Дослідження ізраїльських науковців – Gideon Becker, Israel Orbach, Mario Mikulincer, Maya Iohan, Eva Gilboa–Schechtman, Ariella Grossman–Giron – містило серію експериментів, в яких вимірювалися толерантність та інтенсивність болю, емоційна регуляція, депресія та суїцидальність. У першій серії обстежувалися неклінічні підлітки. У другій також брали участь неклінічні підлітки, в яких додатково встановлювалися показники самооцінки, оптимізму, здатності до усвідомлення і цінності життя, позитивні прив'язаності і вдовolenість життям. У третій серії порівнювалися підлітки із суїцидальними психічними захворюваннями, підлітки, які мають психічні розлади, проте не схильні до суїцидів, і неклінічні підлітки. Перша серія цього дослідження дозволила встановити, що толерантність до психічного болю була значно пов'язана з депресією, суїцидальністю та навичками регуляції емоцій. Друга серія довела, що толерантність до болю значним чином пов'язана із психологічними ресурсами. У ході третьої серії виявилось, що суїцидальні психіатричні пацієнти мають значно нижчі рівні толерантності до болю, ніж несуйцидальні психіатричні пацієнти і неклінічні підлітки. Крім того, виділені

групи за показниками інтенсивності вираженості болю не відрізнялися. Автори дослідження схилиються до висновку, що психічна терпимість (толерантність) до болю в підлітковому віці може бути кращим предиктором суїцидальної поведінки, ніж інтенсивність болю [144].

Китайські дослідники (Li Yang, Xinchun Liu, Wei Chen та Ling Li) розглядали роль психологічного болю в рамках іншої концепції – триетапної теорії суїциду (3ST). У їх дослідженні брали участь 1097 студентів коледжу, які пройшли опитування для визначення психологічного болю, безнадійності, пов'язаності, здатності до самогубства, суїцидальних думок і спроб. Установлено, що психологічний біль і безнадійність разом є предиктом суїцидальних думок, і пов'язаність найбільше сприяє суїцидальним думкам у тих, хто має високі показники болю та безнадійності. Здатність до самогубства дозволяє віддиференціювати спроби від думок і не пов'язана з останніми [145].

Kerim Uğur, Mehmet Emin Demirkol та Lut Tamam розглянули біль як посередника між порушеннями сну і ризиком самогубства. У своєму дослідженні вони виходили з доведеності зв'язку між порушеннями сну і ризиком самогубства. Обстеживши 150 пацієнтів із депресією та 91 особу як контрольну групу за допомогою “Піттсбурзького індексу якості сну” (PSQI), “Шкали оцінювання депресії Бека” (BDI), “Шкали психічного болю” (PS) та “Шкали тривожності Ван Дрім” (VDAS), вони встановили таке. Аналіз ROC показав відсутність зв'язку між статусом насильства у самогубць і тривожністю уві сні, якістю сну чи показниками психічного болю. Багатофакторний регресійний аналіз показав, що лише депресія була предиктором спроб самогубства. Аналіз медіації довів, що як психічний біль, так і тривога уві сні відіграють роль повних посередників між порушеннями сну і спробами самогубства. Автори доходять висновку, що психотерапевтичні підходи, спрямовані на зняття стурбованості під час сну і психічного болю, можуть допомогти попередити спроби самогубств у людей груп ризику [146].

Наступною цікавою лінією досліджень є вивчення різних аспектів травматичності досвіду як факторів суїцидального ризику.

Розгляд цієї серії розпочнемо з дослідження Jennifer Krafft, E. Tish Hicks, Sallie A. Mack, Michael E. Levin, в якому розглянуто вплив не стільки травматичності досвіду, скільки способу реагування на наявний досвід (що стає причиною самотравмування). Науковці висунули припущення, що психологічна негнучкість як спосіб буквального і жорсткого реагування на досвід, намагання контролювати це реагування, навіть коли це ставить під загрозу те, що є цінним для особи, призводить до суїцидальних думок, збільшують їх інтенсивність. У дослідженні взяли участь 603 студенти. Перевірялися взаємозв'язки між психологічною негнучкістю і дистресом, когнітивними процесами, структурою цінностей у прогнозуванні суїцидальних думок, адже вона взаємопов'язана з дистресом, когнітивним синтезом і прогресом цінностей [147].

Nicole M. Caulfield, Peter M. Gutierrez, Katherine Anne Comtois, Lora L. Johnson, Stephen S. O'Connor та David A. Jobes показали, що й сам факт травматичного досвіду по-різному позначається на змісті суїцидальності особи.

Вивчаючи типології ризику самогубств серед військовослужбовців, що спостерігаються амбулаторно у зв'язку із суїцидальною кризою, ці дослідники встановили, що суїцидальний зміст у вибірках піхотинців, які проходять дійсну військову службу, і ветеранів, попри схожий військовий досвід, має значні відмінності. Так, піхотинці у відповідях щодо самогубства більше зосереджені на собі й орієнтовані на уникнення, водночас як ветерани зосередженіші на інших. Автори дослідження роблять висновок, що незважаючи на подібність у військовому досвіді дійсні військовослужбовці та ветерани, імовірно, по-різному піддаються ризику самогубства, що важливо враховувати, вибираючи інструментарій для обстеження цих категорій [148].

У дослідженні Cerel, Blake Jones, Melissa Brown, David A. Weisenhorn, Kurga Patel ставилося завдання визначити, як спостереження сцен самогубства впливає на психічне здоров'я правоохоронців: виникнення симптомів депресії, тривоги, ПТСР та суїцидальні думки. Досліджено 813 правоохоронців і визначено, що 95 % учасників цього онлайн-опитування спостерігали принаймні одну сцену самогубства. У середньому протягом своєї професійної діяльності правоохоронці стають свідками 30,9 сцен самогубства, близько 2,17 щороку. При цьому кожний п'ятий (22 %) правоохоронець повідомив, що є сцена самогубства, яка його вразила чи викликала нічні жахіття, ще 42 % зазначили, що є сцена самогубства, яку вони не можуть забути. Три чверті (73,4 %) правоохоронців були особисто знайомі із самогубцею. Дослідники встановили, що існує значний зв'язок між високим рівнем професійної ураженості суїцидами і наслідками для здоров'я, у тому числі й ПТСР, постійними думками про сцени самогубства. Вони визначили, що саме нездатність змінити сцену і вплинути на результат події пов'язана з посиленням симптоматики депресії, тривоги, ПТСР і суїцидальними думками. У висновках до свого дослідження автори наголошують на необхідності спеціального навчання правоохоронців, аби пом'якшити вплив цих численних травм на психічне здоров'я [149].

Ґрунтуючись на результатах досліджень, у яких встановлено, що самогубство справляє глибокий вплив на членів родини і друзів суїцидента, Melanie A. Noma, Ian H. Stanleya, Peter M. Gutierrezbc, Thomas E. Joiner задалися метою визначити вплив, який чинить самогубство товариша на військовослужбовців, які з ним служили. Для цього 1753 військовослужбовці заповнили опитувальники, за допомогою яких оцінювалися випадки суїцидальних впливів, наявність суїцидальних думок і поведінки в минулому, поточні суїцидальні симптоми і прогноз щодо ймовірності вчинення спроб самогубства в майбутньому. Дослідники встановили, що 57,3 % опитаних знали когось особисто, хто наклав на себе руки. Із них 53,1 % внаслідок суїциду втратили товариша. Логістичний регресійний аналіз показав, що військовослужбовці, які повідомляли про знайомство із самогубцею, мали серйозніші поточні суїцидальні симптоми, вищі показники суїцидальних думок і поведінки в минулому, ніж ті, хто не мав знайомих, які вчинили самогубство. За даними ієрархічного лінійного регресійного аналізу вище самооцінювання міжособистісної близькості до самогубці передбачають вищі показники за

опитувальником, що оцінює ризик самогубства в майбутньому, навіть ураховуючи поточні й минулі суїцидальні думки та поведінку [150].

Висунута в міжособистісно-психологічній теорії самогубства гіпотеза про те, що повторний вплив болісних і провокаційних подій підвищує здатність до самогубства, була перевірена Joshua T. Jordan, Kristin W. Samuelson, Quyen Q. Tiet. Вони виходили із запропонованої автором теорії (IPTS; Joiner, 2005. *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press) міркування про існування опосередкованого зв'язку між імпульсивністю і такою здатністю до самогубства, бо імпульсивні особи частіше потрапляють у болісні і провокаційні ситуації. Для перевірки гіпотези дослідники опитали за допомогою "Клінічної шкали" 245 осіб, які мали в анамнезі нещодавні спроби самогубства. Отримані ними результати підтвердили зв'язок між болісними та провокаційними подіями і наміром учинити суїцид, а також наявність опосередкованого зв'язку між імпульсивністю і наміром через переживання болісних і провокаційних подій. Дослідники підкреслюють, що не існує прямого зв'язку між імпульсивністю і наміром, цей зв'язок цілком опосередкований впливом болісних і провокаційних подій. Цілком логічно, що автори у своїх висновках зауважують, що не імпульсивність як така, а саме переживання болісних і провокаційних подій є визначальними для оцінки ризику суїциду [151].

Деякі інші змінні, які опосередковують зв'язок між критичними інцидентами і факторами міжособистісно-психологічної теорії самогубства, розглядаються Nicole Streeb, Kotaro Shoji, Charles C. Benight. Під час дослідження у вибірці пожежників вони розглянули опосередкований вплив продуктивних копінгів і копінгів подолання травми на взаємозв'язок між критичними інцидентами і факторами міжособистісно-психологічної теорії (зірваною належністю, сприйманою тяжкістю, безстрашністю щодо смерті), дослідниками також урахувалися змінні соціальної підтримки. Отримані результати показали, що продуктивні копінги не опосередковують зв'язок між критичними інцидентами і факторами суїцидальної теорії. Проте це роблять копінги подолання травми. Виявлений значний ефект опосередкування був модерований соціальною підтримкою з боку значущих інших [152].

Ефектом, який справляють інтимні стосунки, зацікавилася й інша група дослідників, яка працювала з вибіркою, що має підвищений суїцидальний ризик через значний травматичний досвід. Автори розглянули інтимні стосунки як антисуїцидальні фактори у військовослужбовців Національної гвардії США. Ґрунтуючись на міжособистісно-психологічній теорії самогубств, дослідники вивчали силу інтимних стосунків і їх роль як буфера самогубств у військовослужбовців. У дослідженні взяли участь понад 700 військовослужбовців після відрадження для виконання бойових завдань. У військовослужбовців оцінювалися ризик самогубства, показники психічного здоров'я (депресії, ПТСР, тривоги) і задоволеність стосунками. Оцінювання проводилося двічі: через 6 і 12 місяців після відрадження. У ході дослідження було встановлено, що задоволеність інтимними стосунками в парі пов'язана з усіма використаними в дослідженні показниками психічного здоров'я: ПТСР,

депресія, тривожність. Цей зв'язок, установлений на зрізі 6 місяців відрядження, дозволяє прогнозувати ризик самогубств на зрізі 12 місяців після відрядження. З отриманих результатів дослідники роблять висновок, що міцність інтимних стосунків є буфером для самогубств у військовослужбовців Національної гвардії, які мають ознаки ПТСР, тривоги чи депресії. Тому втручання, які сприяють укріпленню інтимних міжособистісних стосунків потенційно здатні знизити рівень самогубств серед військовослужбовців [153]. Зазначимо, що проведений Andrew J. Wrath та G. Camelia Adams метааналіз показав, що ненадійність прив'язаності (тривога й уникнення прив'язаності) як фактор ризику самоушкоджень досить давно досліджується, але одноставності у висновках немає й досі. Так, проаналізувавши публікації за цією темою у період 1969–2018 рр., науковці визначили, що із 17 статей, які відповідали критеріям пошуку, у 13 вказувалося на позитивний, а в одній на негативний зв'язок між ненадійністю прив'язаності і поведінкою самоушкодження. Автори зазначають про існування ймовірності дії різних механізмів і різного впливу ненадійності прив'язаності на вибір поведінки самоушкодження і спроб самогубства [154].

Brian W. Bauer, Rachel L. Martin, Nicholas P. Allan, Erin L. Fink-Miller, Daniel W. Capron зацікавив інший постулат щодо набутої здатності до самогубства – її інертність, стагнація. Вони виходили з тези, що до набутої здатності до самогубства належить підвищена безстрашність щодо смерті через переживання болісних і провокаційних подій, що має в основі теорію протилежного процесу – модель звикання. Відповідно до цієї тези набута здатність до самогубства стає сталою характеристикою і не піддається змінам. Дослідники вирішили розширити знання про цей аспект міжособистісно-психологічної теорії. Вони опитали студентів-ветеринарів (124 особи) і лікарів високого ризику (419 осіб), у яких оцінювали досвід загальних травматичних подій (наприклад, спостереження жорстокого ставлення), індивідуальні (приватні) травматичні події (спостереження евтаназії) і виміряли набуту здатність до самогубства. Отримані результати підтвердили раніше зроблені висновки, що травматичні події формують здатність до самогубства, проте зростання кількості травматичних подій суттєво не змінює показник набутої здатності до самогубства, тобто вона не розвивається лінійно [155].

Дещо з іншим експериментальним планом і вихідною гіпотезою подібного висновку дійшли Elizabeth A. Velkoff, April R. Smith. У побудові свого дослідження вони виходили з доступних їм результатів досліджень, які показали, що здатність до самогубства може зменшуватися, і це спростовує висунуту в міжособистісно-психологічній теорії самогубства гіпотезу про монотонне зростання здатності до самогубства. Аналізуючи ці дані, вони припустили, що існує два класи змін здатності до самогубства: 1) високий і постійно зростаючий; 2) помірний і стабільний. Свою гіпотезу вони намагалися перевірити на вибірці пацієнтів з розладами харчової поведінки, у яких оцінювалася здатність до самогубства щотижня протягом усього часу лікування. Отримані результати змусили дослідників прийняти висновок, що

здатність до самогубства продемонструвала стабільність у їхньому дослідженні [156].

Дослідницький колектив – Lena Spangenberg, Heide Glaesmer, Nina Hallensleben, Dajana Rath, Thomas Forkmann – вдався до відпрацювання іншої гіпотези щодо часової стабільності здатності до самогубства. У дослідженні 74 пацієнти психіатричного стаціонару щоденно протягом 6 днів оцінювали можливість самогубства. Для визначення добової здатності до самогубства було проаналізовано статистичні характеристики і варіабельність, а також зв'язки з базовими клінічними характеристиками (депресія, суїцидальні думки, погане ставлення в дитинстві, історія суїцидальних спроб). Проспективний зв'язок щоденного рівня активних суїцидальних думок і добової здатності до самогубства досліджувався за допомогою багаторівневого аналізу. Науковці встановили наявність значних коливань добової здатності до самогубства. Ступінь часової нестабільності мала індивідуальні особливості. Базові й активні суїцидальні думки позитивно пов'язувались зі щоденною безстрашністю щодо смерті і сприйманою здатністю до самогубства. Дослідники вважають, що отримані ними результати є доказом наявності динамічного короткострокового компонента у здатності до самогубства, який пов'язаний із клінічними змінними, зокрема із суїцидальними думками [157].

Дослідження німецьких психологів дозволило поглянути на проблему з іншого боку. Так, Gerd-Dieter Willmund, Julius Heß, Christian Helms, Florian Wertenaue, Anja Seiffert, Almut Nolte, Ulrich Wesemann, Peter L. Zimmermann встановили, що військовий персонал, який має невеликий досвід участі у військових операціях поза межами постійної дислокації військової частини, мають удвічі вищий ризик суїцидів на відміну від тих, хто брав участь у бойових діях і більше одного разу. Це відкриває ще один погляд на зв'язок між накопиченням травматичного досвіду і здатністю до суїциду. Крім того, цей авторський колектив, у дослідженні якого взяли участь 107 військовослужбовців у період 2010–2014 рр. (їхні дані порівнювалися з даними репрезентативної вибірки німецьких військовослужбовців, зібраними 2012 р., усього 1549 осіб), установив, що до групи ризику серед військового персоналу потрапляють самотні чоловіки старше 45 років, які мають незначний строк служби (до двох років) і низький рівень освіти [158].

Цікава гіпотеза містилась у дослідженні Christopher R. DeCou, Jin Wang, Fredrick P. Rivara, Ali Rowhani-Rahbar. Науковці припустили, що заподіяння навмисних травм може бути фактором суїцидального ризику. Так, за адміністративними даними вони визначили осіб, які в штаті Вашингтон були госпіталізовані з травмою, і протягом 5 років відстежували в цій вибірці спроби самогубства. Вони встановили, що 2 % осіб із травмами вчиняли спроби самогубства, 0,3 % загинули внаслідок самогубства протягом п'ятирічного періоду спостереження. Науковці визначили, що ризик самогубства значно вищий у тих, у кого попередня травма була пов'язана з навмисним самоушкодженням чи навмисним травмуванням іншою людиною (нападом), порівняно з тими, хто зазнав травми випадково [159].

Із травматизацією особистості пов'язана ще одна серія досліджень – досліджень, у яких розглядаються варіанти взаємозв'язків між ПТСР і самогубством. Сьогодні традиційно вважається, що переживання ПТСР є фактором суїцидального ризику, проте низка останніх досліджень побудована таким чином, що вчинення самогубства розглядається як фактор розвитку ПТСР, який крім іншого ускладнює вихід із суїцидальної кризи.

Одним із таких є дослідження Anna Lisa Westermair, Nico Matzkeit, Annika Waldmann, Felix Stang, Peter Mailänder, Ulrich Schweiger, Tobias Kisch. Вони виходили з того, що травма є критерієм A1 для посттравматичного стресового розладу. У дослідженні порівнювалися вибірки осіб, які зазнали глибоких травм унаслідок нещасних випадків, і тих, хто навмисно заподіяв шкоду здоров'ю – вчинив спробу самогубства. Дослідження довело, що саме навмисність заподіяння травми передбачала тяжкість вторгнення, уникнення, гіперактивності і ймовірність ПТСР. Автори дійшли висновку, що травматизація в контексті суїциду може бути до цього часу невідомим фактором ризику ПТСР, тому пацієнтів після спроб самогубства слід піддавати моніторингу на наявність ознак ПТСР [160].

Інші дослідники – Julie O'Donnell, Joseph Logan, Robert Bossarte, – використовуючи дані Національної системи звітності про насильницькі смерті за 2005–2014 рр., які містять інформацію про 1362 ветеранів, які вчинили самогубство у віці 18–34 роки, установили, що 15 % ветеранів мали ознаки ПТСР; у осіб віком 25–34 роки спостерігалось 30-кратне збільшення зареєстрованої поширеності ПТСР; проте у більш молодих ніякого збільшення не помічено. Установлено також, що ПТСР пов'язаний із минулими відрядженнями для виконання бойових завдань, а нещодавні кризи в цивільному житті ветеранів зворотно пов'язані з установленим ПТСР. У своїх висновках автори дослідження наголошують, що наявність ПТСР у ветеранів віком 25–34 роки є значним фактором ризику і це потрібно враховувати медичним працівникам, які надають допомогу, незалежно від наявності чи відсутності інших факторів ризику [161]

Авторський колектив – Rachel L. Martin, Brian W. Bauer, Kathleen L. Ramsey, Bradley A. Green, Daniel W. Capron, Michael D. Anestis – поставив за мету дослідження військовослужбовців Національної гвардії США, які мають більший ризик самогубств, аніж цивільні і військовослужбовці інших підрозділів, частіше за інших вимушені здійснювати перехід від військового до цивільного життя. На їхній погляд, такий унікальний досвід гвардійців мав бути корисним для визначення ризиків суїциду і антисуїцидальних факторів для інших категорій населення. Особливості вибірки дозволили авторам установити, що толерантність до дистресу має значний непрямий вплив на взаємозв'язок між ПТСР і конструктами міжособистісно-психологічної теорії самогубств – зірваною приналежністю, сприйманою тяжкістю і здатністю до самогубства [162].

Carolina Stopinski Padoan, Taiane de Azevedo Cardoso, Murilo Martini, Clarisse de Azambuja Farias, Julia Camargo Contessa та Pedro Vieira da Silva Magalhães установили, що ПТСР, який виникає під впливом самогубства, є

результатом складної причинної взаємодії і виявляється надзвичайно резистентним (стійким) до лікування. Крім того, такий діагноз у людей, що горюють, досить часто може випускатися з уваги, що є ще однією причиною низького ефекту допомоги особам, які переживають суїцид близької людини [163].

У багаторівневому дослідженні Masoud Kamali, Erika F. H. Saunders, Shervin Assari, Kelly A. Ryan, David F. Marshall, Melvin G. McInnis певним чином поєднуються лінії досліджень наявності проблем в емоційній сфері та досвіду переживання травматичних досліджень. Так, науковці порівняли оцінювання травми, особистісних особливостей, психопатологій, зловживання психоактивними речовинами та настрою як предикторів суїцидального ризику. Вони встановили, що наявність травми, особистісні особливості і вживання психоактивних речовин чітко корелюють із суїцидальною поведінкою в разі біполярного захворювання, а у багатовимірних моделях саме симптоми настрою є найнадійнішими предикторами суїцидальності. Вони наголосили на атрибутивній ролі настрою і тривоги в оцінюванні суїцидального ризику. У дослідженні вони оцінювали настрої, особистісні і клінічні особливості 151 особи із біполярним захворюванням на вихідному рівні і через 2 роки. Використовуючи двофакторний аналіз, вони встановили, що показники особистості (вимірювані за допомогою NEO PI-R) значно відрізняються в осіб із біполярним захворюванням і здорових, а також у осіб із біполярним захворюванням, які мають суїцидальні спроби в анамнезі. Використання регресійного аналізу показало, що базові показники депресії, манії, тривоги, травми, освіти й віку початку біполярного захворювання корелюють із особистісними особливостями, тоді як у осіб із суїцидальними спробами в анамнезі такого зв'язку не встановлено. Логістичні регресії показали, що депресія, манія, а також паттерни змішаного настрою і хронічний перебіг захворювання разом із двома показниками нейротизму (N4 – Самосвідомість і N6 – Уразливість) є предикторами суїцидальних уявлень у два наступні роки [164].

Проте в науковому пошуку дослідники вдаються не лише до ускладнення експериментального плану (збільшення вибірки дослідження, виділених груп, збільшення кількості змінних та ускладнення методів математичної статистики), вони ведуть пошуки нового методологічного підґрунтя суїцидологічних досліджень. Науковці намагаються доповнити існуючі теорії суїциду, поєднати кілька теорій чи вдатися до аналогії з дослідженнями інших психологічних явищ.

Так, H el ene Landrault, Nemat Jaafari, Mohamed Amine, Gabriel Malka, Leila Selimbegovi c, Armand Chatard здійснили порівняння здатності двох суїцидальних теорій – міжособистісно-психологічної теорії та теорії уникнення – прогнозувати наявність суїцидальних думок. Автори дослідження виходили з того, що в першій теорії виникнення суїцидальних думок пов'язується зі взаємодією сприйнятої тяжкості і зірваної належності. У другій – суїцидальні думки пов'язані з відчуттям невдачі, а спонукальна мотивація опосередковує цей зв'язок. Дослідження проводилось у коледжах

Марокко, у ньому брали участь 306 студентів, в яких оцінювалися почуття невдачі, прагнення до уникнення, сприймана тяжкість, зірвана належність, думки про самогубство. Отримані результати підтвердили обидві теорії. Крім того, в одночасному введенні у множинний регресійний аналіз ці дві структури пояснювали унікальну і кумулятивну частини дисперсії суїцидальних думок. Результати залишалися значними навіть після контролю таких змінних, як минулі спроби самогубства, депресія, безнадійність і стрес. Автори дослідження доходять висновку, що поєднання міжособистісно-психологічної теорії і теорії уникнення може краще пояснити виникнення суїцидальних думок у студентів коледжу [165].

Авторський колектив – Kathryn M. Roeder та David A. Cole – поєднав модель безнадійності Бека і міжособистісно-психологічну теорію суїциду Джойнера. У дослідженні одночасно розглядалися три когнітивні фактори ризику суїциду (безнадійність, зірвана належність і сприймана тяжкість) як предиктори суїцидальних уявлень. Вибірку становили учні старших класів і коледжів, їх оцінювання здійснювалося двічі з інтервалом у 4 місяці. Дослідники зазначають, що коли безнадійність, сприймана тяжкість і зірвана належність розглядалися окремо, то кожний когнітивний фактор ризику передбачав майбутній суїцид в обох групах. Коли ж три когнітивні фактори перевірили одночасно, то жоден із них не виявився унікальним предиктором суїцидальних думок. Модель лонгitudної латентної змінної припускала, що загальний фактор, який лежить в основі всіх трьох когнітивних факторів, значною мірою передбачає суїцидальні думки. Крім того, зірвана належність прогнозувала як безнадійність, так і сприйману тяжкість протягом тривалого часу [166].

Колективом дослідників із Китаю – Xiaolan Li, Yaxuan Ren, Xu Zhang, Jiazhi Zhou, Binyuan Su, Sihan Liu – здійснено емпіричну перевірку інтегрованої мотиваційно-вольової моделі суїцидальної поведінки (IMV; O'Connor & Kirtley, 2018), що поєднує деякі ключові фактори суїцидальної поведінки (наприклад, поразка і провокація) для пояснення розвитку суїцидальних думок і спроб. Теорія перевірялася на вибірці 1239 підлітків (приблизно порівну хлопчики й дівчатка), які заповнили самозвіти. Було встановлено, що поразка, пов'язана з провокацією, також пов'язана і з суїцидальними думками та спробами. Крім того, зв'язок між провокацією і суїцидальними думками був значним за високого рівня зірваної належності та сприйманої тяжкості, а також за низьких рівнів стійкості [167].

Jonathan Del-Monte та Perluigi Graziani в пошуку шляхів визначення ризику самогубства вдалися до аналогії з такою аддикцією, як наркоманія. Вони проаналізували процес ухвалення рішення про самогубство, ґрунтуючись не на виявленні особистісних рис, а на підрахунку й виявленні співвіднесення трьох типів суїцидальних думок: 1) позитивні очікування щодо суїциду і переконання, орієнтовані на отримання допомоги; 2) думки, спрямовані на зменшення страждання і звільнення від нього; 3) переконання, що сприяють переходу від думки до дій. Ці три типи суїцидальних думок відповідають шкалам суїцидальної амбівалентності (SAS), які спочатку використовувалися

при аддиктивних розладах. Дослідники припускають, що процеси суїцидальних думок функціонують аналогічно мислинневим процесам при наркоманії. У результаті порівняння показників пацієнтів із суїцидальною кризою (120 осіб) і контрольної групи (161 особа) було встановлено, що пацієнти із суїцидальною кризою мають статистично більше переконань на користь суїцидальної поведінки, переконань, що дозволяють самогубство, і значно менше думок, які утримують від учинення самогубства. Автори вважають, що конструювання опитувальника на підставі результатів цього дослідження дозволить вирішити проблему прогнозування ризику самогубств [168].

Наступна дослідна група як аналогію для визначення схильності до самогубства використала теорію катастрофи “Збереження ресурсів” (COR). У дослідженні оцінюванню підлягали 213 осіб, які постраждали внаслідок вибуху нафтоносного шару Deepwater Horizon, через 18 місяців після катастрофи. Tyler Reed Bell, Jennifer Langhinrichsen-Rohling та Candice N. Selwyn встановили, що серед осіб, які постраждали внаслідок цього стихійного лиха, 10 % мають клінічно підвищену схильність до самогубства. Дослідники зазначають, що відповідно до застосованої теорії особи, які вижили в катастрофі і переживають брак ресурсів і труднощі, більше схильні до самогубства. На їх погляд, забезпечення стабільності ресурсів і конструктивності подолання наслідків катастрофи можливо знизити рівень самогубств і попередити самогубства серед осіб, які постраждали внаслідок стихійних лих [169].

Kjølseth [170] і Rasmussen [171] вважають, що самогубство потрібно розглядати з точки зору життєвого шляху, а фактори ризику мають незначну прогностичну цінність [172].

2.3 Огляд останніх досліджень, присвячених профілактиці самогубств

Профілактика самогубств – надзвичайно широка тема: вона охоплює і заходи безпосереднього попередження, тобто широкої первинної профілактики у вигляді формування суїцидологічної обізнаності, і специфічніші заходи формування стійкості й моніторингу суїцидальної активності з групами ризику. До профілактики також відносять особливості надання допомоги тим, хто переживає суїцидальну кризу чи вчинив самогубство у спосіб, який попереджає вчинення рецидивних спроб. Крім того, важливий профілактичний напрям становить надання допомоги тим, хто пережив самогубство близької людини, бо це також є фактором суїцидального ризику і вивчення питання суїцидального “зараження”.

Сьогодні дослідження, присвячені профілактиці самогубств, проводять у кількох напрямках. По-перше, на основі проведених досліджень факторів суїцидального ризику та антисуїцидальних факторів розробляються нові підходи здійснення профілактики (частково цей напрям уже розглядався вище); по-друге, проводяться дослідження, в яких порівнюється ефективність заходів профілактики й допомоги, що ґрунтуються на різних теоретичних підходах; по-третє, аналізуються заходи, які довели свою ефективність на практиці, проте

не визначено, як саме реалізуються механізми, що мають антисуїцидальний ефект.

До досліджень із профілактики самогубств також можна віднести дослідження ефективності заходів із підготовки фахівців, які надають допомогу під час переживання суїцидальної кризи тощо.

Огляд розпочнемо з досліджень, які доводять необхідність формування суїцидальної грамотності як загальнопрофілактичного заходу. Зазначимо, що існує багато причин, чому особи, які мають намір вчинити самогубство, не звертаються по допомогу до фахівців. Урятувати людину, яка намагається вкоротити собі віку, може той, хто перебуває поруч, – близькі люди чи небайдужі сторонні особи.

Лідерами у вивченні суїцидальної грамотності є австралійські науковці. Так, австралійські дослідники Angela Nicholas, Jane Pirkis, Alyssia Rossetto задалися метою дослідити здатність надання допомоги тим, хто переживає суїцидальну кризу. Вони провели загальнонаціональне репрезентативне комп'ютерне телефонне опитування щодо впевненості й намірів надати допомогу людині, яка потрапила в біду або має ризик учинити самогубство. В опитаних була встановлена висока впевненість у допомозі. Близько половини з них мали намір, проте їхні дії були не такими, яких потребує взаємодія з особою, котра має намір вчинити самогубство. Вони переважно намагалися вислухати, поговорити, спонукати звернутися по допомогу до фахівців. Найменш поширеним був намір задавати питання для визначення реального ризику самогубства. Дослідники зазначають, що чоловіки частіше за жінок мають намір вдаватися до nereкомендованих дій і рідше дотримуються рекомендацій щодо надання допомоги особам, які переживають суїцидальну кризу. Автори зазначають, що повідомлення стосовно попередження самогубства, спрямовані до родини та друзів, мають стимулювати їх задавати прямі запитання для визначення ризику вчинення самогубства і розповідати про те, що не можна робити в разі ризику вчинення самогубства. Особливо уважно слід доносити цю інформацію до чоловіків [173].

Про необхідність формування суїцидальної грамотності свідчать і результати дослідження австралійських науковців Philip J. Batterham, Jin Han, Alison L. Calear, Josephine Anderson, Helen Christensen, – які також вивчали рівень суїцидальної грамотності та стигми у вибірці осіб, які відвідують клініку третинної депресії в Австралії. Вони визначили, що ця вибірка відрізняється від загальної вибірки австралійської спільноти значно меншим рівнем суїцидальної грамотності, меншою стигмою самогубства й позитивнішим ставленням до самогубства. При цьому жінки мали вищу суїцидальну грамотність і меншу стигму самогубства [174].

Дослідження Jennifer J. Muehlenkamp, Sophia K. Thoen бере за постулат позитивний вплив суїцидальної грамотності, називаючи її головним елементом успіху, і намагається оцінити ефект від відвідування загальноосвітнього курсу “Розуміння самогубства” (один семестр) студентами бакалаврату. Автори наголошують, що зазвичай суїцидологічні курси зосереджуються на навичках клінічного втручання і оминають випускників бакалаврату. У процесі

дослідження оцінюванню підлягали об'єктивні знання про самогубство, стигма самогубства, ставлення до суїцидентів і пропаганда поширення самогубства. Студенти курсу продемонстрували значне зростання рівня знань і позитивного ставлення до попередження самогубств, а також зниження стигми й негативного ставлення до суїцидентів порівняно з контрольною групою. Усі зазначені ефекти зберігалися протягом часу. Автори наголошують, що загальноосвітні курси із суїцидології для студентів можуть стати важливим засобом формування мотивованої і поінформованої громадськості, яка здатна підтримати зусилля з попередження самогубства у своїх спільнотах [175].

Важливою лінією досліджень, спрямованих на підвищення якості профілактичних заходів, є визначення груп ризику самогубств. Традиційно до таких груп відносять: представників ризиконебезпечних професій, які стикаються із загибеллю людей (пожежники, правоохоронці, військовослужбовці), осіб, які відбувають покарання, схильні порушувати соціальні норми; дітей, підлітків і жінок, які пережили фізичне та психологічне насильство і мають тривалу історію страждань; осіб, які внаслідок хвороби тривало зазнають біль, та особи із психічними розладами. Дослідження, в яких продовжують диференціювати групи ризику, актуальні й донині, бо дозволяють робити профілактичні втручання більш відповідними особливостям і потребам тих, на кого вони спрямовані. Зосередження уваги фахівців на групах ризику дозволяє бути чутливішими до маркерів суїцидального ризику і швидко реагувати на їх появу.

Цікаво, що дослідження з визначення груп ризику ведуться як на макро-, так і на мікрорівнях, виділяються і загальніші, і специфічніші фактори ризику. І якщо дослідження з визначення ролі таких загальних факторів, як соціальний статус, якість і рівень життя є звичним явищем, то такий фактор суїцидального ризику, як особливості проживання в регіоні, є не настільки звичним явищем [176].

Kalman J. Kaplan та Martin Harrow узяли за гіпотезу припущення Дюркгейма щодо зв'язку соціального статусу й ризику самогубства, зібрали дані за 20 років 400 психіатричних пацієнтів і встановили, що в переважній більшості пацієнтів відсутній зв'язок між ризиком самогубства і соціальним статусом. Проте у крайніх за соціальним статусом вибірках є виразні відмінності. Так, у білих жінок із діагнозом непсихотичних депресій встановлено значний позитивний зв'язок між ризиком самогубства і соціальним статусом ($p < 0,01$). Натомість у темношкірих чоловіків із діагнозом шизофренії встановлено значний негативний зв'язок між цими двома змінними ($p < 0,02$) [177].

Прикладом дослідження, в якому визначаються на мікро- і макрорівнях фактори ризику самогубства серед генеральної (18 185 ув'язнених, які утримуються у 287 штатних і 39 федеральних в'язницях США) вибірки ув'язнених США, є дослідження Bryce E. Stoliker, Simon N. Verdun-Jones та Adam D. Vaughan [178]. Francisco Caravaca Sánchez, Eva Aizpurua, Jorge Javier Ricarte та Tom J. Barry встановили, що серед ув'язнених в одного з 11 була

спроба самогубства. Найбільший ризик спостерігається серед тих, хто старше 50 років і має тривалі строки [179].

Joyce Chu, Emily N. Robinett, Johnson K. L. Ma, Katherine Y. Shadish, Peter Goldblum та Bruce Bongar наголошують на необхідності, установлюючи ризик самогубства, враховувати культурні фактори. Вони з'ясували, що класичні фактори визначення ризику самогубств – безнадія, депресія – пояснюють 17 % дисперсії у спробах і дозволяють правильно класифікувати 14,1 % спроб, а культурні фактори пояснюють 8 % дисперсії у спробах і дозволяють правильно класифікувати 8,5 % спроб. До вибірки ввійшли 322 дорослі особи, які належали до етнічних, сексуальних і гендерних меншостей [180].

Вибірці осіб із психічними розладами традиційно перебувають у зоні уваги фахівців із суїцидології. Так, у дослідженні Lorenzo Pelizza, Michele Poletti, Silvia Azzali, Federica Paterlini, Sara Garlassi, Ilaria Scazza, Luigi Rocco Chiri, Simona Pupo було встановлено, що у вибірці підлітків із надвисоким ризиком розвитку психозу значно поширені суїцидальні уявлення. Це потребує постійного моніторингу ризику саморуйнівного мислення й поведінки в цій групі ризику [181].

Крім того, для диференціації вибірки підлітків використовують такі фактори, як учинення несутіцидальних самоушкоджень до 12 років [182] і проблеми зі сном (останнє буде розглянуто нижче). В обох випадках суїцидальні ідеї відрізняються надзвичайною стійкістю.

На важливість типології самогубств серед військовослужбовців як таких, що мають істотне значення для попередження військових суїцидів, указується в дослідженні Jeffery S. Martin, Laura A. Novak, Kanchana Perera, Cara H. Olsen, Michael T. Kindt, Jessica M. LaCroix, Layne Bennion, Su Yeon Lee-Tauler. Проведений аналіз самогубств, що вчинялися військовослужбовцями військово-повітряних сил США у 1999–2009 рр. (376 самогубств), показав наявність трьох типів. До першого типу віднесено 149 військовослужбовців-самогубць, які були самотніми чи розлученими, мали невисоку вірогідність діагнозу психічного розладу. До другого типу віднесли 126 осіб, які були одружені чи жили з партнером, мали високий рейтинг і рідко повідомляли про намір скоїти самогубство. Третій тип мав найвищі показники психіатричних діагнозів, попередніх подій, пов'язаних із самогубством, взаємодії із численними допоміжними ресурсами. Ці військовослужбовці повідомляли про наміри вчинити самогубство. Виділені типи значно відрізнялися за сімейним станом, рангом, психічним діагнозом, попередніми подіями, пов'язаними із самогубством, факторами ризику, повідомленнями про намір вчинити самогубство, місцеперебуванням і способом смерті, а також статусом проживання [183].

Традиційним поділом вибірки військовослужбовців є виокремлення групи ветеранів і діючих військовослужбовців. Дослідження, в яких повідомляється про різницю суїцидального ризику, особливості діагностики й надання допомоги, уже наводилися вище.

Проте найбільш проблемною групою для попередження самогубства є військовослужбовці, звільнені з неповажних причин. Саме така вибірка була в

дослідженні Nicholas Barr, Sara Kintzle, Eva Alday та Carl Castro. Автори наголошують, що майже 125 тис. ветеранів, яких звільнено в США з 2001 р. із неповажних причин, зникають з поля зору фахівців. Ця категорія, як і інші військовослужбовці, характеризується високим ризиком негативних наслідків для психічного здоров'я, у тому числі ПТСР і самогубства. На відміну від ветеранів, звільнених із поважних причин, вони мають суттєві перешкоди для отримання психологічних послуг. У дослідженні взяли участь 722 ветерани (508 – демобілізовані з поважних причин, 214 – без поважних причин), у яких оцінювалися предикти ризиків самогубств: ПТСР, депресія, вживання алкоголю, соматичні симптоми і фізична непрацездатність. Крім того, за допомогою регресійних моделей перевіряли зв'язок між предиктами, статусом звільнення і ризиком самогубства. Так, звільнені з неповажних причин ветерани за всіма предиктами ризику самогубства продемонстрували вищі середні оцінки, ніж звільнені з поважних причин. У регресійних моделях соматичні симптоми, фізична непрацездатність, статус звільнення були пов'язані з ризиком самогубства. У ветеранів, звільнених із неповажних причин, ці зв'язки значно сильніші, ніж у звільнених із поважних причин [184].

Donna L. Schuman, Julie Cerel та Regina T. Praetorius повідомляють, що жінки-ветерани на відміну від чоловіків-ветеранів мають значно більший ризик самогубства. Автори припускають, що таке зростання ризику пов'язане з участю жінок-військовослужбовців у виконанні бойових завдань поза межами постійної дислокації військового підрозділу, а також зі збільшенням кількості жінок на безпосередньо бойових посадах. Дослідники вважають за необхідне визначати і враховувати особливі потреби жінок-ветеранів, установлювати конкретні (специфічні для цієї вибірки) фактори ризику, які сприяють зриву їхньої належності, гостроти в них відчуття тягаря для оточення та здатності до самогубства [185].

Найскладнішою для дослідження є вибірка дітей. У ній як фактори ризику досить часто розглядаються події, що відбуваються в житті дітей: загибель батьків, у тому числі й від самогубства, насильство в родині, булінг із боку однокласників тощо. Огляд останніх досліджень, присвячених жорстокому ставленню й насильству як факторам вчинення самогубства дітьми, підлітками, жінками, розглядатиметься нижче.

Тема стигматизація самогубства займає окреме місце у профілактиці суїцидів. Стигма є тим фактором, що негативно позначається як на зверненні по допомогу осіб, що переживають суїцидальну кризу, так і на прагненні оточення надати їм допомогу, підтримку, співчуття. Стигма негативно позначається й на тих, хто горює за самогубцею.

Nathalie Oexle, William Feigelman та Lindsay Sheehan припустили, що сприймана стигма самогубства і пов'язана з цим прихованість щодо втрати близької людини через вчинення нею самогубства можуть призвести до погіршення психічного здоров'я тих, хто переживає горе втрати за людиною, яка вчинила самогубство. Дослідники опитали 195 осіб, які переживають подібну втрату, і встановили, що чим більше сприймана суїцидальна стигма, тим більше складностей переживання горя, більша кількість самогубств і

менше особистісного зростання. Прихованість частково опосередковує зв'язок між сприйманою стигмою самогубства і складнощами переживання горя, а також самогубством. Прихованість повністю опосередкувала зв'язок між сприйманою стигмою самогубства і особистісним зростанням. Автори дійшли висновку, що підтримка тих, хто втратив близьких унаслідок учинення ними самогубства, і боротьба з можливою стигмою самогубства може знизити прихованість втрати від суїциду і тим самим поліпшити психічне здоров'я [186].

Ще одне дослідження групи Oexle в дещо розширеному вигляді (Nathalie Oexle, Katharina Herrmann, Tobias Staiger, Lindsay Sheehan, Nicolas Rüsч та Silvia Krumm) будувалося на припущенні, що у людей із психічними захворюваннями стигматизація може збільшити суїцидальність, а сама суїцидальність пов'язана з негативними стереотипами. Особи, які вижили після спроби самогубства, можуть переживати як стигму психічного захворювання, так і стигму самогубства, що підвищує ризик самогубства. Проведене дослідження показало, що стигма спричиняє значне емоційне напруження, у тому числі й переживання самотності, безнадійності, які передують самогубству. Автори дійшли висновку, що як і стигма психічного захворювання, так і стигма самогубства можуть призвести до самогубства серед осіб із психічними захворюваннями, зокрема серед тих, хто вижив після спроби самогубства [187].

Стигма самогубства стає причиною не лише неотримання підтримки від соціального оточення, але й від професіоналів. Так, у дослідженні Taylor Groth та Dana E. Воссіо встановлено, що приватні психологи менш готові працювати з клієнтом, який має підвищений суїцидальний ризик, аніж із людиною без підвищеної суїцидальності. Психологи, які виказували небажання надавати послуги, причиною називали відсутність необхідних професійних навичок, необхідних для роботи із суїцидентами, і брак доступу до ресурсів забезпечення психічного здоров'я. У цьому дослідженні взяли участь 86 ліцензованих психологів у США, які випадковим чином були розподілені відповідно до одного з двох запитів: 1) той, що описує потенційного клієнта із суїцидальними ідеями, чи в анамнезі якого є суїцидальні спроби, або із вираженою суїцидальністю; 2) запит від потенційного клієнта без підвищеного ризику самогубства [188].

Rachel E. M. Cryer, Alison L. Caelear, Philip J. Batterham та Sunaina R. Patel порівнювали особисту стигму самогубства і особисту стигму у ставленні до інших психічних і фізичних станів здоров'я у 116 австралійських студентів-медиків. Дослідники встановили, що самогубство є стигматизованішим, аніж більшість інших станів психічного і фізичного здоров'я, що виявляється як у ставленні до самогубць, так і в бажанні розголосити інформацію про самогубство. Таке дослідження показало необхідність продовжувати навчання студентів-медиків суїцидології, оскільки у подальшій професійній діяльності брак знань у цій галузі може негативно позначитися на стані пацієнта [189].

Стигму називають однією з причин збільшення відсотка самоушкоджень серед військовослужбовців і ветеранів у Великій Британії. Зокрема, у

дослідженні Norman Jones, Marie-Louise Sharp, Ava Phillips, Sharon A. M. Stevelink зазначається, що у 2004–2016 рр. відсоток осіб, які здійснили самоушкодження, серед військовослужбовців збільшився з 1,8 % до 4,2 %, а серед ветеранів – із 1,9 % до 6,6 %. Дослідники зазначають, що протягом усього періоду ветерани значно частіше повідомляли про самоушкодження. До значних детермінант самоушкодження належали існуючі симптоми психічних розладів, стигматизація, недостатня соціальна підтримка, суїцидальні думки і незвернення до офіційних медичних закладів. Такі результати, на думку дослідників, свідчать про необхідність спрямовувати профілактику самогубств на поліпшення стану осіб із психічними розладами шляхом заохочення їх до участі в охороні здоров'я, зниження негативних поглядів на психічні захворювання і сприяння їх соціальній підтримці [190].

Про таку саме актуальність – низький рівень звернень по допомогу серед військовослужбовців Національної гвардії США – зазначалось і в дослідженні D. Michael Applegarth, David S. Wood, AnnaBelle O. Bryan та Craig J. Bryan. Обстеживши 997 військовослужбовців Національної гвардії США, дослідники намагалися оцінити предиктори звернення по психологічну допомогу: суїцидальні думки, вік, стрес, дистрес, депресія, негативні переконання щодо психічного здоров'я. Найсильнішим предиктором названа суїцидальна історія в минулому (досвід отримання допомоги). Негативні уявлення про психіатричну допомогу знижують шанси на успішність лікування [191].

Daniel F. Gros, Nicholas P. Allan, Caroline Silva, Cynthia L. Lancaster, Kenneth R. Conner та Tracy Stecker, використовуючи міжособистісно-психологічну теорію самогубства (оцінювалися зірвана належність, сприймана тяжкість і наявні спроби самогубства), вивчали готовність до лікування у дійсних військовослужбовців, резервістів і ветеранів, зважаючи на їхнє негативне ставлення до активної медичної допомоги. У дослідженні взяли участь 402 особи. Дослідники встановили, що предиктором готовності до лікування є зірвана належність. Зокрема, чим вищі показники зірваної належності, тим нижчі оцінки готовності до лікування. Автори припустили, що саме низькі показники зірваної належності сприяють зростанню уявлень про наявність стигм у ставленні до суїцидентів і перешкоджають їм звернутися по медичну допомогу [192].

Anthony Fulginiti та Laura M. Frey вивчали мотиви розкриття суїцидальних думок, керуючись тим, що розкриття інформації про самогубство дозволяє краще керувати ризиками. Опитавши 44 особи, які отримують психіатричну допомогу, вони встановили, що найпоширенішою причиною розкриття інформації про наявність суїцидальних думок є звернення по допомогу, загальний досвід і катарсис. Найпоширеніші причини прихованості: страх відмови й госпіталізації та сором [193].

Ще одне дослідження, в якому доводиться важливість втручань, спрямованих на заохочення звернення по допомогу потенційних самогубць, було проведено Sydney N. Waitz-Kudla, Samantha E. Daruwala, Claire Houtsma, Michael D. Anestis. Вони припустили, що особи християнського віросповідання, які переживають суїцидальні думки, рідше звертатимуться по допомогу, ніж

нехристияни; по допомогу також рідше звертатимуться соціально-консервативні за політичними поглядами люди порівняно з людьми, які мають соціально ліберальні чи помірковані політичні погляди. У дослідженні взяли участь 267 осіб, які вижили після спроби самогубства. Логістичний регресійний аналіз показав, що християни і нехристияни не відрізняються щодо звернення по допомогу з приводу спроби самогубства. Люди із соціально-ліберальними політичними поглядами значно частіше зверталися по психіатричну допомогу ніж ті, хто вважав себе соціально-консервативним. Автори поширюють свої висновки на всю вибірку осіб, що стигматизують звернення по психіатричну допомогу. Вони роблять дуже важливий для здійснення профілактики самогубств висновок: для груп із стигматизованою поведінкою звернення по допомогу в переживанні суїцидальних думок важливе використання тактики попередження самогубств, яка не потребує розкриття їхніх суїцидальних намірів [194].

Anthony Fulginiti та Laura M. Frey виходили з того, що наявність інформації про самогубство (думки, наміри) дозволяє краще управляти суїцидальними ризиками, що, на їх думку, робить актуальним дослідження мотивів повідомлення суїцидальної інформації. В організованому ними дослідженні взяли участь 44 особи, які отримували психіатричну допомогу. Установлено, що найпоширенішими причинами розкриття інформації про самогубство (мотивами прагнення повідомлення) були звернення по допомогу, загальний досвід і катарсис. Найпоширенішими причинами нерозголошення (мотивація уникнення повідомлення) – страх відмови, сором, страх госпіталізації. Було також встановлено, що прагнення повідомити про суїцидальні наміри тим вище, чим менше сприймана тяжкість. Проте з мотивацією уникнення повідомлення статистично значущого зв'язку встановлено не було. Автори припускають, що робота з мотивацією прагнення повідомлення може знизити ризик самогубства [193].

Китайські дослідники – Bao-Liang Zhong, Sandra Sau Man Chan, Tie-Bang Liu, Helen Fung-Kum Chiu, – вивчаючи трудових мігрантів із сільської місцевості до міста, визначили, що вони мають не лише нижчі, ніж у загальній вибірці китайського населення показники думок, планів і спроб самогубства, а й частіше за інших звертаються по допомогу, використовуючи онлайн (телефонне) консультування в разі виникнення проблем із психічним здоров'ям і суїцидальної кризи. Крім того, науковці встановили, що більш схвальне ставлення до вчинення самогубства в цій вибірці пов'язане з чоловічою статтю, низьким рівнем освіти, належністю до етнічної меншості м'яо, низьким щомісячним доходом і походженням із західного Китаю [193].

Для визначення причин звернення по допомогу важливою стає і така тема досліджень, як передсмертні записки. Традиційно передсмертні записки розглядаються для розуміння суб'єктивного погляду на причини, котрі спонукали людину до самогубства. Проте сучасні дослідження показали, що записки можуть і мають розглядатись як фактор, що дозволяє виявити й попередити спробу самогубства – як один із варіантів звернення по допомогу, привернення уваги до страждань, до непереборності проблем.

Так, яскравим прикладом досліджень передсмертних записок для визначення причин самогубств є дослідження Gerard Niveau, Estelle Frioud, Diego Aguiar, Patrick Ruch, Olivia Auckenthaler, Justin Baudraz. Проаналізувавши за допомогою контент-аналізу 78 записок про самогубство, зібраних у Женеві і Швейцарії протягом 2006–2014 рр., і доповнивши їх соціально-демографічними та медичними даними автори встановили, що найпоширеніші в них такі теми: нездатність пристосуватися, агресія відвернення, сильний біль і его. Дослідники визначили, що практично немає відмінностей у поділі за віком, статтю, соціально-економічним статусом і релігією [195].

У дослідженні Rahel Eynan, Ravi Shah, Marnin Jori Heisel, David Eden, Reuven Jhirad, Paul S. Links, які вели статистику протягом трьох років (2012–2014 рр.), було визначено: близько 45,8 % самогубць південно-західного Онтарію залишають записки, із них 74,3 % паперові, а 25,75 % – електронні. Імовірність залишення записки про суїцид негативно пов'язана з історією госпіталізацій у психіатричну лікарню. Імовірність залишення електронної записки також негативно пов'язана з історією госпіталізації і віком, позитивно – із психічними розладами. Подальші перспективи досліджень автори бачать у розширенні зразків і необхідності враховувати час отримання записок для виявлення наміру звернення по допомогу чи врятування за допомогою вчасно виявлених повідомлень про намір учинити самогубство [196].

Наступною серією досліджень з профілактики самогубств у 2018–2020 р. є дослідження, присвячені роботі телефону довіри, який досить часто є першим, а іноді і єдиним засобом отримання кваліфікованої допомоги особами, які мають стигматизовані уявлення про психіатричну допомогу при переживанні суїцидальної кризи або з інших причин не можуть звернутися по кваліфіковану допомогу (обмежені у свободі, не мають матеріальних чи фізичних можливостей тощо). Це актуалізує всі дослідження, які допомагають фахівцям телефону довіри розпізнати випадки гострої кризи й утримати людину від самогубства.

Так, в Іспанії Pedro Villanueva, Alfonso Arteaga та Javier Fernández-Montalvo проаналізували поширеність суїцидальних думок серед тих, хто телефонував на телефонні лінії допомоги із загальної кризи (Teléfono de la Esperanza), для визначення гендерних, вікових та інших факторів ризику самогубства. За допомогою ATENSIS-інструменту оцінювання, призначеного для збору інформації про осіб, які виказують суїцидальні думки, ними було проаналізовано майже 11 тис. повідомлень. Установлено, що на телефон довіри з приводу суїцидальних думок жінки звертаються частіше за чоловіків. Дослідники також визначили, що суїцидальна криза у жінок загострюється у старшому віці, ніж у чоловіків, і досить часто пов'язана з переживанням хронічної хвороби з вираженим больовим синдромом. У чоловіків, що телефонують, ризик суїцидів пов'язувався з переживанням депресії, зловживанням алкоголем чи наркотиками, переживанням безпомічності та відсутністю надії на майбутнє [197].

У дослідженні Christa D. Labouliere, Barbara Stanley, Alison M. Lake, Madelyn S. Gould перевірялась ефективність такого методу, як інтервенція

планування безпеки (SPI). Оцінювалась як сама можливість його застосування на кризових гарячих лініях, так і ефективність під час першого і наступних дзвінків осіб, що переживають суїцидальну кризу. У дослідженні взяли участь 271 консультант із кризових ситуацій п'яти центрів Національної мережі допомоги жертвам самогубств, які пройшли навчання для використання інтервенції планування безпеки. Оцінювання проводилось у двох зрізах: відразу після навчання і через 9 місяців. Було встановлено, що SPI є корисним і його застосування можливе під час консультувань на гарячих лініях. Дослідники встановили, що саме здійсненність, корисність та ефективність під час першого вимірювання є предиктом використання і сприйнятої ефективності під час другого вимірювання. Автори наголошують, що наразі отримані результати є попередніми й обмежуються сприйняттям консультантів. Планується оцінювання ефективності методу для тих, хто переживає суїцидальну кризу [198].

Датські дослідники Trine N. Sindahl, Louis-Phillippe Côte, Luc Dargis, Brian L. Mishara, Torben Bechmann Jensen проаналізували, які стратегії спілкування найефективніші в наданні допомоги дітям з думками про самогубство, котрі звернулися на національний телефон довіри для дітей. Дослідники встановили, що із 6060 стенограм сесій 444 стосувалися суїцидів, і в цій вибірці дітей-самогубць переважають дівчата старшого віку. У результаті оцінювання ефективності роботи телефону довіри було встановлено, що лише 35,9 % дітей-самогубць повідомляли, що після розмови почуваються краще, більше половини завершили сеанс із планом дій. Повторно звертаючись, 23,9 % повідомляли про поліпшення свого стану, проте 37,0 % скаржилися на погіршення. Діти позитивно оцінювали сесії, в яких розмова велася про емоції, виражалася співчуття і заохочення дитини до розмови з кимось, хто в дитини асоціюється з позитивним впливом. Автори дослідження зазначають, що розмова з дітьми телефоном має стати першим кроком, який спонукатиме їх звернутися по допомогу. Наголошується на необхідності досліджень, що дозволять визначити способи допомоги дітям, які через два тижні після телефонного консультування не почуваються краще чи стан яких погіршується [199].

Значна кількість досліджень в аналізованій період присвячена оцінюванню ефективності як окремих прийомів терапевтичного впливу, так і цілих напрямків втручання, надання допомоги в разі переживання суїцидальної кризи.

Дослідження Alessandra Xavier, Patricia Otero, Vanessa Blanco, Fernando L. Vázquez підтвердило, що формування глобальних функціональних навичок із вирішення проблем дозволяє знизити ризик самогубств. Це дослідження проводилося зі 100 бразильськими підлітками, що мали підвищений суїцидальний потенціал і депресивні симптоми. Їх було розділено на основну і контрольну групи відповідно до здійснюваного втручання. Вимірювання проводилися через 1, 3 і 6 місяців “сліпими” (не обізнаними про хід дослідження) інтерв'юерами. Вони мусили оцінити суїцидальні орієнтації, додатково – суїцидальний ризик, плани, спроби, симптоми депресії та навички вирішення проблем. У групі, в якій здійснювали вплив, низькі показники

суїцидальної орієнтації та суїцидального ризику зберігались і на останньому 6-місячному зрізі. У цій групі плани і спроби самогубств мали 0 %. Утручання значно позначилося також і на депресивній симптоматиці і досягнутий ефект зберігався протягом 6 місяців. Таким чином, автори дослідження впевнилися, що зміна глобальних функціональних навичок вирішення проблем опосередковує зниження орієнтації на самогубство [165].

Інший авторський колектив – Brianna J. Turner, J. Sebastian Baglole, Alexander L. Chapman, Kim L. Gratz – спробував оцінити вплив різних видів втручань на суїцидальні думки (їх частоту, тривалість, спонукальну силу). Відстежування думок здійснювалося за допомогою ведення щоденника, в яких оцінювання здійснювалося щодня, щодва тижні, щотри місяці протягом року. Результати дослідження показали, що проблемно-орієнтоване подолання пов'язане з підвищенням успішності, здатністю чинити спротив думкам, які щойно виникли, із сильним спонуканням до самогубства. Сприймана підтримка пов'язана з менш сильними за силою спонукання думками, проте і з меншим успіхом опору цим думкам. Дослідження також установило, що постійні думки пов'язані з менш частими несуйцидальними самоушкодженнями, тоді як інтенсивні позиви є сильнішими предикторами несуйцидальних самоушкоджень [200].

Rui C. Campos, Ana Simões, Sara Costa, Ana Sofia Pio та Ronald R. Holden, вивчаючи взаємозв'язок психічного болю (його когнітивного і афективного вимірів) із суїцидальним мисленням з урахуванням змінних депресії та стратегії уникнення на вибірці 331 студента у Португалії, припустили, що психотерапія буде ефективною, якщо спрямувати її на формування вміння терпіти душевні страждання чи на вироблення ефективних та адаптивних стратегій для боротьби із психічним болем [201].

Короткострокова когнітивно-поведінкова терапія зарекомендувала себе дієвим методом скорочення спроб самогубства серед військовослужбовців. Проте механізми дії, які сприяють скороченню спроб самогубства, у цьому ефективному методі терапії залишаються невідомими. Метою дослідження Craig J. Bryan, David S. Wood, Alexis May, Alan L. Peterson, Evelyn Wertemberger та M. David Rudd було порівняння ефективності короткострокової когнітивно-поведінкової терапії зі звичайними методами профілактики для визначення механізмів дії, які передбачає міжособистісно-психологічна теорія самогубств: сприймана тяжкість, зірвана належність і безстрашність щодо смерті. У дослідженні взяли участь 152 військовослужбовці армії США дійсної військової служби з нещодавніми думками і спробами самогубства. У ході дослідження встановлене значне зменшення кількості спроб самогубства, проте не було розбіжностей між групами як на вихідному рівні, так і на шестимісячних зрізах після проведення профілактичних заходів ні за жодним із компонентів міжособистісно-психологічної теорії самогубства. Автори дійшли висновку, що механізми дії міжособистісно-психологічної теорії самогубства не пояснюють зменшення спроб самогубства в результаті короткострокової когнітивно-поведінкової терапії у військовослужбовців [202].

Про значний позитивний вплив когнітивно-поведінкової терапії при депресії (CBT–D) у ветеранів на зниження ризику самогубства повідомляється в дослідженні Gregory K. Brown, Bradley E. Karlin, Mickey Trockel, Maria Gordienko, Jerry Yesavage та C. Barr Taylor [203].

Тайванські дослідники Tsung-Jen Lin, Huei-Chen Ko, Jo Yung-Wei Wu, Tian Po Oei, Hsien-Yuan Lane та Chung-Heu Chen порівняли ефективність діалектичної поведінкової терапії і когнітивної терапії у зниженні депресії та повторних спроб самогубства і зміні стратегій регуляції емоцій серед осіб із межовими розладами особистості. У дослідженні взяли участь 82 студенти, які мали межові розлади особистості та спроби самогубства протягом останніх 6 місяців; випадковим чином їх розподілили на групи терапії. Установлено, що обидва види терапії результатом мали однакове зниження повторних спроб самогубства та депресії після терапії і протягом наступних 6 місяців спостереження. Проте група когнітивної терапії показала покращення показників когнітивних помилок, а група навичок діалектичної поведінкової терапії – збільшення розуміння і зниження показників пригніченості (заперечення). У висновках автори дослідження наголошують, що обидві групи ефективні, вони зменшують показники депресії і повторних спроб самогубства за рахунок поліпшення адаптивних стратегій, спрямованих на зосередження й попередження чи на реакцію відповідно [204].

Kalina N. Babeva, Alexandra M. Klomhaus, Catherine A. Sugar, Olivia Fitzpatrick, Joan R. Asarnow задалися питанням, чому когнітивно-поведінкова терапія із сильним родинним компонентом (DBT SAFETY), яка має визнану ефективність для зниження ризику самогубства серед підлітків, не охоплює позитивним ефектом усю вибірку підлітків. У своєму дослідженні ефективності терапії вони опитували підлітків і їхніх батьків на початку і після проходження лікування. Оцінюванню підлягали суїцидальна поведінка (вдалі і невдалі спроби та планування), депресія, безнадія, соціальна адаптація і батьківська депресія. Дослідження довело, що, справді, повідомлення про активну суїцидальну поведінку після лікування у підлітків були вкрай рідкими. Проте у 53 % підлітків, у яких попри лікування збереглися проблеми зі сном, залишилась активна суїцидальна поведінка. Серед підлітків, які не мали проблем зі сном, не виявлено осіб (0 %) з активною суїцидальною поведінкою. У висновках до свого дослідження автори вказують на потенційну цінність персоналізованих підходів до лікування, про необхідність урахування як вихідного рівня активності суїцидальної поведінки, так і проблем зі сном для якісного прогнозування результатів лікування [205].

Lynn M. Whitmore та Tyler C. Smith, використовуючи дослідження епідеміологічного нагляду за поведінковими ризиками серед молоді, проведеного у 2015 р., з урахуванням демографічних, поведінкових та інших факторів, установили, що тривалість сну 4–5 годин і 6–7 годин пов'язані зі збільшенням ризику самогубства відповідно на 75–80 % та 20–40 % порівняно з підлітками, які сплять рекомендовані 8 і більше годин. Дослідники наголошують, що проблеми зі сном слід ураховувати як потенційно важливий показник підліткового

суїцидального мислення і завжди виділялись у відомостях про пацієнта первинної медичної допомоги [206].

Досить цікаві дослідження Lilac Lev-Ari та Yossi Levi-Belz, які вивчали психологічні процеси, що сприяють посттравматичному зростанню в осіб, які пережили спробу самогубства. У дослідженні взяли участь 124 такі особи. Автори зосередили свою увагу на стилях прив'язаності, сприйманої тяжкості та зірваної належності. Отримані в ході дослідження результати показали, що особи з надійною належністю досягають значно вищого рівня посттравматичного зростання, ніж ті, у кого належність не надійна. Сприймана тяжкість та зірвана належність виступили медіатором між прив'язаністю і посттравматичним зростанням. Особи, прив'язаність яких характеризується тривожністю та уникненням, також мають високий показник сприйманої тяжкості та найменшу ймовірність досягнення посттравматичного зростання. Автори припускають, що терапевтичні впливи, побудовані на відновленні прив'язаності, спрямовані на міжособистісні стосунки, можуть бути особливо корисними для тих, хто пережив самогубство [207].

У дослідженні канадських науковців було встановлено, що не тільки вид впливу, але і сприйнятливність до нього є важливими факторами, які знижують ризик розвитку психопатологій у осіб із суїцидальними думками. Зокрема дослідницька група у складі Jacob Young, Calan Savoy, Louis A. Schmidt, Saroj Saigal, Michael H. Boyle та Ryan J. Van Lieshout вивчала зв'язок між суїцидальними думками в підлітковому віці (12–16 років) і симптомами психопатології в дорослих (22–26 років) у вибірці народжених із украй низькою масою тіла (менше 1000 грам). Їх дослідження показало, що суїцидальні думки у підлітків із нормальною масою тіла при народженні є предиктами симптомів депресії, тривоги, неувважності й антисоціальності в дорослому віці. Суїцидальні думки у підлітків із групи тих, хто вижив із украй низькою масою тіла при народженні, також були предиктами симптомів неувважності та депресії, а також асоціальної поведінки. Проте адаптаційні впливи на підлітків із групи, хто вижив із вкрай низькою масою тіла, на відміну від підлітків групи із нормальною масою тіла при народженні значно знижували ризики симптомів депресії, тривоги, неувважності та асоціальних проблем у дорослому віці [208].

Дослідження Jazmin A. Reyes-Portillo, Eleanor L. McGlinchey, Josefina Toso-Salman, Erica M. Chin, Prudence W. Fisher та Laura Mufson поставили під сумнів ефективність такого заходу, як планування безпеки з підлітками у психіатричних клініках. Зокрема, опитавши 46 лікарів, яких просили оцінити їхній досвід із планування безпеки з підлітками, що мають ризик самогубства, вони встановили, що, попри позитивне ставлення лікарів до заходу, майже половина (n=24) не впевнені, що планування безпеки знижує ризик суїцидальної поведінки у їх пацієнтів. Однією з причин цієї невпевненості може бути та прірва в соціальній дійсності й життєвому досвіді, що лежить між білими жінками-лікарями, які ведуть захід “планування безпеки”, і підлітками з латиноамериканських районів – їхніми пацієнтами [209].

Наступний авторський колектив – Martin Plöderl, Sabine Kunrath, Clemens Fartacek – відповідно до того, що релігія і духовність (як показано в низці

досліджень) є стримувальним фактором для вчинення самогубства і позитивно впливають на вихід із депресії, вирішили перевірити вплив релігії і духовності на вихід із суїцидальної кризи. Ґрунтуючись на наявних у літературі даних, дослідники враховували стать і сексуальні орієнтації пацієнтів, визначаючи ефективність втручання. Попри очікування дослідження показало незначний вплив релігії і духовності як на тривалість перебування в стаціонарі, так і на зниження рівня суїцидальних уявлень. Було визначено, що в гетеросексуальних чоловіків релігія і духовність пов'язані з менш оптимістичним результатом. Проте вони (неочікувано, всупереч гіпотезі) були кориснішими для представників сексуальної меншості. Звісно, що такі результати не дозволили авторам рекомендувати релігію і духовність як джерело відновлення післясуїцидальної кризи у психіатричній обстановці [210].

Натомість у дослідженні Ferenc Moksony та Rita Hegedűs було визначено, що релігія як антисуїцидальний фактор значно пов'язана з рівнем освіти. Вони виходили з тези, що глибока участь у церковній спільноті знижує ризик самогубств для католиків, проте збільшує його для протестантів. Розглянувши взаємозв'язок освіти і релігії, вони визначили, що взаємозв'язок між освітою і протестантизмом має U-подібну форму; із католицизмом – перевернуту U-подібну форму [211].

Якщо в дослідженні Ching-En Lin, Chi-Hsiang Chung, Li-Fen Chen, Wu-Chien Chien примусова госпіталізація розглядається як фактор, який не чинить захисного впливу на зниження ризику самогубства під час перебування у стаціонарі [212], то в дослідженні Atshushi Ichimura, Koji Kato, Takayuki Taira, Hiroyuki Otsuka, Tomoko Seki, Yoshihide Nakagawa госпіталізація з приводу вчинення самогубства і надання невідкладної допомоги розглядаються вже як фактор ризику вчинення повторного самогубства. Проаналізувавши випадки госпіталізації 2003–2012 рр. 4483 пацієнтів із парасуїцидами у відділенні невідкладної допомоги, вони визначили ефективність психіатричної госпіталізації в попередженні повторних спроб. Скоригувавши фонові фактори, дослідники встановили, що вплив психіатричної госпіталізації на ймовірність повторної спроби парасуїциду протягом року варіюється залежно від віку пацієнта. Так, у осіб молодше 35 років госпіталізація стала значним фактором ризику. Автори дослідження наголошують на необхідності постійно пам'ятати про можливість повторного суїциду після виписки і надавати молодим пацієнтам постійну амбулаторну допомогу та мультимодальну підтримку [213].

Joshua T. Jordan, Dale E. McNeil припустили, що фактором, який після госпіталізації провокує наступні спроби самогубства, є суб'єктивне сприйняття примусу під час госпіталізації. У їх дослідженні взяли участь 905 психіатричних пацієнтів, які проходили оцінювання кожні 10 тижнів після виписки. Суб'єктивне сприйняття примусу оцінювалося під час госпіталізації, а спроби самогубства – після виписки. Дослідження показало, що 67 % госпіталізованих схвалили примусову госпіталізацію; 19 % вчинили повторні спроби самогубства. Висунута гіпотеза про зв'язок сприйманого примусу і спроб самогубства підтвердилася [214].

На жаль, у дослідженні Sasha M. Rojas, Kayla D. Skinner, Matthew T. Feldner, Demian E. Rodante, Soledad Puppo, Patricia Vidjen, Alicia Portela було встановлено, що суїцидальна поведінка з кожною новою спробою прогресує в бік поведінки з вищою летальністю [215].

Ризик повторних спроб після госпіталізації актуалізує дослідження ефективності заходів супроводження після виписки.

Gonzalo Martínez-Alés, Eduardo Jiménez-Sola, Eva Román-Mazuecos, María Pilar Sánchez-Castro, Consuelo de Dios, Beatriz Rodríguez-Vega, ґрунтуючись на тезі, що контакт після спроби самогубства знижує ризик рецидивів, намагались оцінити ефективність такого заходу, як одне додаткове відвідування лікаря протягом 7 днів після виписки. У дослідженні взяли участь 1775 пацієнтів, які проходили курс лікування в лікарні загального профілю через спробу самогубства. Під час дослідження враховувалися стать, вік, історія минулих спроб, анамнез психічних захворювань, зловживання алкоголем і наркотиками, кількість спроб протягом спостереження, госпіталізація у стаціонар і підтримка родини. Було встановлено, що 22,5 % учасників дослідження вчинили повторну спробу. Проте серед тих, хто мав додаткове відвідання, ризик рецидиву був значно (на 24 %) нижче. Тож автори роблять висновок про ефективність такого додаткового методу втручання [216].

У дослідженні Lora L. Johnson, Stephen S. O'Connor, Barbara Kaminer, Peter M. Gutierrez, Erin Carney, Brittany Groh порівнюється ефективність груп підтримки ветеранів, які виписались із психіатричного стаціонару після госпіталізації з приводу самогубства. Вони відрізняються оцінкою статусу: групи звичайного оцінювання та групи оцінювання форми суїцидального статусу (SSF). Ефективність втручання оцінювалася двома зрізами – через один і 3 місяці. Дослідники не встановили відмінностей між групами в частоті відвідувань і задоволеності клієнтів. Проте відвідувачі групи звичайного оцінювання продемонстрували значне зниження загального дистресу протягом 3 місяців спостереження. Було встановлено: частіше відвідування групових сеансів значною мірою пов'язане з меншою кількістю суїцидальних думок у перший місяць; вищий робочий альянс між окремими членами і фасилітатором групи пов'язаний із більшим суїцидальним мисленням у перший місяць; вища згуртованість членів групи після місяця роботи достовірно пов'язувалася з меншою зірваною належністю. Незважаючи на те, що SSF не покращила вплив існуючої групової терапії, орієнтованої на запобігання самогубству, автори вважають перспективними подальші дослідження групових терапій для ветеранів-самогубць [217].

У систематичному огляді, який проводився через PsycINFO, CINAHL та Medline (2007–2015), Інтернет-підтримка була названа новим ефективним антисуїцидальним фактором [218].

Usman Arshad, Farhat-ul-Ain, Jessica Gauntlett, Nusrat Husain, Nasim Chaudhry, Peter James Taylor здійснили метааналіз публікацій в онлайн-базах даних (PsycINFO, Web of Science, Medline) включно до березня 2019 р. Досліджується ефективність втручань на базі Інтернету і мобільних приладів для зниження ризику поведінки самоушкодження. Вважається, що вони можуть

здолати бар'єри у традиційному лікуванні, пов'язані з особистим спілкуванням. Дослідження показало, що таке втручання, справді має позитивніший вплив порівняно зі звичайним лікуванням, але не тоді, коли йдеться про заходи активного контролю. Дослідники зазначають, що в цілому втручання на базі Інтернету й мобільних приладів демонструє великонадійні результати, тому подальші контрольовані дослідження виправдані, і акцент у них варто змістити на поведінкові результати – зменшення несуїцидальних самоушкоджень і суїцидальної поведінки [219].

Andrea Gabilondo, Edurne Aristegi, Ana Gonzalez-Pinto, José Martin Zurimendi, Maider Mateos Del Pino, Raquel Roca оцінювали ефективність нового методу підтримки – так звану телемедицину, в якій спостереження за станом пацієнтів ведеться за допомогою телефонних дзвінків. У дослідженні брали участь пацієнти групи оцінюваного втручання протягом 6 місяців після виписки з клініки, в якій вони лікувалися з приводу спроби самогубства. Вони отримували 5 зареєстрованих дзвінків, які додавалися до звичайного амбулаторного лікування. Дослідження показало, що, хоча пацієнти цієї досліджуваної групи показали позитивніше ставлення до амбулаторного лікування, ніж із контрольної групи, і змогли триваліший час утримуватися від повторної спроби самогубства, проте за кількістю спроб група телемедицини і контрольна не мали статистично значущих відмінностей. Невисоку ефективність методу втручання дослідники пов'язують із коротким терміном, вважаючи, що подовження програми з 6 місяців до одного року може суттєво підвищити її ефективність [220].

Lauren M. Denneson, Derek J. Smolenski, Brian W. Bauer, Steven K. Dobscha та Nigel E. Bush вивчали вплив додатку для смартфонів Virtual Hope Vox (VHV) на суїцидальні думки за рахунок формування копінгу самоефективності у ветеранів. Для цього 117 ветеранів із думками про самогубство проходили шкали з оцінювання копінгу самоефективності і суїцидальних думок на 3-й, 6-й і 12-й тижні терапії. Учасників дослідження випадковим чином було розподілено на групи: ті, хто користується додатком для смартфонів Virtual Hope Vox (віртуальна коробка надії) – розширеного лікування, і ті, хто проходить звичайне лікування (eTAU), тобто без використання додатку. Було встановлено, що в групі розширеного лікування швидші темпи формування копінгу самоефективності і значніше зниження тяжкості суїцидальних думок порівняно з групою eTAU (звичайного лікування). Автори припускають, що формування копінгу самоефективності може бути механізмом, за допомогою якого Virtual Hope Vox допомагає знизити суїцидальні думки [221].

У дослідженні Peter C. Britton, Kenneth R. Conner, Benjamin P. Chapman, Stephen A. Maisto визначили, що проведення мотиваційного інтерв'ю знижує суїцидальні ідеї (MI-SI). Для цього вибірку ветеранів, які виписалися після госпіталізації через суїцидальну кризу, було поділено на дві групи: 1) ветерани, які отримували звичайне лікування (aTAU); 2) ветерани, у яких звичайне лікування поєднувалося з мотиваційним інтерв'ю (MI-SI + aTAU), таким чином, вони отримували два сеанси стаціонарної терапії, які доповнювалися сеансом телефонного підсилення. Провівши контрольне оцінювання через 6 місяців,

дослідники визначили, що в учасників обох груп спостерігалось значне зниження суїцидальних думок, проте статистично значущих відмінностей між групами немає [222].

L. Plancke, A. Amariei, T. Danel, C. Debien, S. Duhem, C.-E. Notredame, мотивуючи тим, що такі короткострокові втручання – заходи підтримки (листи, телефонні дзвінки, листівки) – дають неоднозначний результат у дослідженнях із 80-х років і дотепер, взялися перевірити ефективність програми Vigilans, яка проводилася 2015 р. в північній Франції. Отримані результати засвідчили ефективність цієї реальної програми зі зниження спроб самогубства. Проте, як установили дослідники Vigilans, корисна лише частині пацієнтів, госпіталізованих з приводу спроб самогубства, тому дослідження мають тривати [223].

David D. Luxton, Derek J. Smolenski, Mark A. Reger, Rona Margaret V. Relova, Nancy A. Skopp вивчали ефективність “турботливих листів” у вибірці військовослужбовців і ветеранів США – пацієнтів психіатричних стаціонарів. У дослідженні брали участь 1318 осіб, половина з яких протягом двох років отримала 13 листів, інша половина – звичайну допомогу. Дослідження показало, що протягом двох років у групі, яка отримувала листи, сталося 10 випадків загибелі (із будь-якої причини), із них три – установлені факти самогубства. В іншій групі 14 випадків загибелі, із них 7 – установлені факти самогубства. Між групами не було встановлено статистично значущої різниці в частоті повторних госпіталізацій з будь-яких причин, не виявлено значущих розбіжностей за показниками самооцінювання спроб самогубства та іншими ризиками самогубства. Повідомляється, що захід не мав побічних негативних ефектів, його проведення можливе у військових і ветеранських лікарнях. Автори дослідження зазначають, що на цьому етапі неможливо зробити чітких висновків щодо ефективності цього виду втручання, оскільки дослідження не було достатньо потужним [224].

Mark A. Reger, Heather M. Gebhardt, Jacob M. Lee, Brooke A. Ammerman, Raymond P. Tucker, Bridget B. Matarazzo, Amanda E. Wood, David A. Ruskin узялися оцінити ефективність такого втручання, як “турботливий контакт”, для ветеранів із високим ризиком самогубства. Стаціонарні психіатричні пацієнти (154 особи) проходили анонімне опитування для визначення особистісних переваг, зворотного зв'язку щодо цього виду втручання. Мета опитування – визначення прийняттого формулювання повідомлення, прийняттого кореспондента, частоту контактів, їх тривалості, зовнішнього вигляду та модальності розсилки. Опитування показало, що 85 % ветеранів схвально поставилися до такого методу втручання і вказали, що хочуть мати свій “турботливий контакт”, хоча б один із можливих варіантів. Найвище цінувався такий контакт, як стаціонарний чи амбулаторний консультант із психічного здоров'я або лікар первинної медичної допомоги. Позитивно – як турботливі й корисні – оцінені повідомлення, підґрунтям яких були результати попередніх обстежень. Листи й листівки оцінювались позитивніше порівняно з електронними і текстовими повідомленнями. Більшість обстежуваних 84 % зазначили, що “турботливий контакт” може їм допомогти в разі суїцидальної

кризи. Бажаною частотою опитувані вказували періодичність – щомісячно протягом року [225].

У сучасних дослідженнях також зазначається, що військовослужбовці, які пережили суїцидальну кризу, мають проблеми з підтримкою під час участі в бойових діях. Ці проблеми пов'язані як зі стигмою, так і з матеріально-технічними складностями (в організації прийому, тривалому часі очікування на нього). Крім того, як повідомляють Abby Adler, Shari Jager-Hyman, Gregory K. Brown, Tanya Singh, Sadia Chaudhury, Marjan Ghahramanlou-Holloway, такі звичні способи надання підтримки тим, хто пережив суїцидальну кризу, як підтримка родини, кризові гарячі лінії, священники й командування, не мають одностайної позитивної оцінки серед військовослужбовців. Спираючись на результати свого дослідження, автори зауважують про необхідність виділення більших ресурсів для дослідження проблеми переживання суїцидальної кризи військовослужбовцями, надання їм допомоги, а також на додаткову підготовку тих, хто її надає [226].

Ще категоричніше на специфіці військових самогубств наголошують Craig J. Bryan, Keith W. Jennings, David A. Jobes та John C. Bradley. Розглядаючи можливі причини значного збільшення кількості самогубств в армії США з 2004 р., вони ставлять під сумнів існуючі загальні положення й підходи до попередження самогубств. Дослідники стверджують, що зусилля з профілактики самогубств стануть ефективнішими лише тоді, коли чіткіше враховуватимуть військову культуру і ґрунтуватимуться на фактичних даних ефективності стратегій профілактики й лікування саме у військовослужбовців [227].

Низка досліджень 2018–2020 рр. присвячена підтримці тих, хто горює за самогубцею. Як уже зазначалося, сам факт самогубства, що трапився в оточенні людини, становить фактор суїцидального ризику, тому допомога тим, хто переживає самогубство близької людини, є важливим заходом профілактики самогубств.

Anneli Silvén Hagström, аналізуючи надання допомоги дітям, які втратили батьків унаслідок самогубства, визначила, що у ставленні дітей до вчинку батьків потрібно перенести наголос із стигматизованого “хто винний” на пошук сенсу. Діти мусять замислитися над тим, що саме стало причиною самогубства, і виявляти поєднання внутрішньої вразливості і зовнішніх стресорів, що привели їхніх батьків до самогубства. Саме таке професійне втручання, побудоване на підтриманні стратегії пошуку сенсу, сприяє укріпленню психічного здоров'я дітей, які пережили самогубство батьків [228].

Mercedes M. Machado та Jacqueline M. Swank пропонують звернути увагу на природу як приклад здійснення відновлення для осіб, котрі пережили втрату близької людини внаслідок самогубства. У тематичному дослідженні вони описують терапевтичний підхід до надання допомоги в ході індивідуального консультування особам, які горюють за близькими-самогубцями. Автори наголошують, що попри легкість сприйняття природи як частини терапевтичного процесу реалізація підходу вимагає планування і цілеспрямованості [229].

Ще одним дослідженням, яке своєю метою має покращення якості допомоги близьким родичам (братам, сестрам), що горюють за самогубцею, було здійснено Elizabeth Adams, Jacinta Hawgood, Anne Bundock та Kairi Kõlves. Провівши напівструктуроване телефонне інтерв'ю, вони визначили, що в цій вибірці найактуальніші такі теми: 1) процес горювання; 2) взаємодія в горюванні (у родині й поза нею); 3) сталість зв'язків; 4) створення сенсу і зростання через горе. Дослідники визначили наявність впливу родинних стосунків на процес горювання у братів і сестер і наголосили на необхідності підтримки, яка б допомогла членам родини краще спілкуватися, розуміти й поважати потреби одне одного у період, коли вони переживають своє горе [230].

Допомога особам, які горюють за самогубцею, також була метою дослідження Geoffrey F. Brazda, Lillian M. Range, Theodore P. Remley та Carolyn S. White. Хоча в цьому дослідженні переживання загибелі близької людини внаслідок самогубства було уявним (дослідники просили уявити загибель близької людини, читаючи невеличке повідомлення про це), воно дозволило виявити, що особи, чий близькі скоїли нераціональні самогубства, мають значно вираженішу потребу в поясненні, ніж ті, чий близькі мали нібито раціональні підстави для самогубства. Такі результати можуть використовуватися для ефективнішої допомоги особам, які горюють за самогубцею [231].

Ускладнення в переживанні горя близькими військовослужбовця, який вчинив самогубство під час виконання бойових завдань поза межами постійної дислокації військового підрозділу вивчалися Jill Harrington-LaMorie, John R. Jordan, Kim Ruocco та Julie Cerel [232].

Про реалізацію програми профілактики самогубств серед молоді з групи ризику йдеться в узагальнюючому дослідженні Nora Kuiper, David Goldston, Lucas Godoy Garraza, Christine Walrath, Madelyn Gould, Richard McKeon. Серед інших непередбачуваних несприятливих наслідків заходів із попередження самогубств, виявлених у процесі аналізу 22 публікацій, – зменшення кількості звернень по допомогу серед молоді, яка була об'єктом впливів, і недостатня системна готовність до реалізації таких програм (зокрема брак інфраструктури для проведення профілактичних заходів). І хоча позитивні результати програм профілактики самогубств зазвичай значно перевищують негативні, проте ці дані мають бути враховані у прийнятті рішень про реалізацію програм профілактики [233].

Поява нових методів, неготовність лікарів надавати допомогу потенційним самогубцям, неефективність госпіталізації як методу попередження наступних спроб самогубства, поширеність стигми самогубства серед лікарів тощо потребують підвищення професійної підготовки лікарів, які у своїй практиці стикаються із самогубством, і вивчення ефективності різних методів цієї підготовки.

Група дослідників – Prachi Kene, Elena T. Yee та Katherine D. Gimmestad – зазначає, що попри наявність спеціалізованої літератури з лікування і профілактики самогубств, нові дослідження в галузі суїцидології досі не вивченою залишається здатність лікарів застосовувати ці нові знання у своїй

рутинній практиці. У дослідженні вони намагалися оцінити брак навчання, страх, складнощі прийняття рішення, практичні бар'єри, несформованість навичок використання інструментів оцінювання і порушення психометричних принципів інструментами оцінювання, з якими стикаються практики, використовуючи сучасні дослідження в галузі суїцидології. Визначення цих бар'єрів, на думку авторів дослідження, допоможе подолати розрив між теорією, новітніми дослідженнями і практикою для поліпшення якості медичних послуг [234].

У дослідженні Anne P.F. Wand, Brian Draper, Henry Brodaty, Glenn E. Hunt та Carmelle Peisah вказується, що клініцисти, які працюють із людьми похилого віку, відчують потребу у знаннях і впевненості щодо своїх дій у разі вчинення самоушкоджень їхніми пацієнтами. Крім того, багато клініцистів мають стигматизоване ставлення до осіб, які вчиняють спроби самогубства. Дослідники оцінили ефективність одноденного заходу для клініцистів, які працюють у закладах піклування про похилих людей, і лікарів загальної практики. Учасники оцінили захід як такий, що значно покращує знання і впевненість у своїх діях у процесі роботи з пацієнтами із самоушкодженнями, і здатний позитивно змінити клінічну практику. Проте, як наголошують автори дослідження, стійкість досягнутого ефекту та ефективність здійснюваних лікарями впливів потребує подальшої перевірки [235].

У дослідженні Devon LoParo, Ivonne Andrea Florez, Nakia Valentine, Dorian A. Lamis також повідомляється про позитивний вплив на медичних працівників, пацієнтами яких є особи з ризиком самогубства, різноманітних тренінгів профілактики самогубства. Дослідники встановили, що відвідування таких тренінгів, безумовно, збільшує впевненість медичних працівників у своїх діях щодо оцінювання та зменшення ризику самогубства і спонукає їх до використання кращих методів у своїй клінічній практиці. Однак у авторів дослідження є підстави вважати, що не всі тренінги однаково ефективні [236].

2.4 Огляд досліджень, присвячених ефективності заходів контролю факторів, що провокують чи роблять можливою реалізацію спроб самогубства

У досліджуваній період (2018–2020 рр.) досить поширеною залишається думка, що профілактика самогубств має здійснюватися шляхом контролю факторів, які провокують чи уможлиблюють реалізацію суїцидальної спроби. Поширення такої думки стало поштовхом для групи досліджень, про яку йтиметься нижче.

Як такі фактори контролю розглянемо поширення повідомлень у ЗМІ і мережі, вживання алкоголю, психоактивних речовин, паління, а також доступність зброї, отрут – засобів учинення самогубств. Розглянемо також дослідження, присвячені насильству в родинах як фактору ризику самогубств.

Зазначимо, що ще донедавна повідомлення про самогубства у ЗМІ вважалися такими, що потенційно здатні збільшити кількість самогубств у вибірці найсприйнятливіших груп ризику. Проте останні дослідження не

підтверджують цих даних. Аналізу підлягають як повідомлення про реальні самогубства у ЗМІ, так і повідомлення про уявні самогубства (наприклад, художніх персонажів, героїв фільмів). Ураховувалися культурні й вікові змінні.

Так, Christopher J. Ferguson, здійснивши методологічний і мета-аналітичний огляд публікацій щодо впливу повідомлень у ЗМІ про вигадані самогубства на зараження (інфікування) ризиком самогубства, зробив висновок: наразі немає переконливих даних про те, що такий вплив існує. Автор зазначає, що численні дослідження в цьому напрямку характеризуються непослідовністю викладення результатів і наявністю методологічних проблем, що обмежує вірогідність їх висновків. Christopher J. Ferguson наголошує на потребі в нових дослідженнях, які використовуватимуть якісні методи, а доти, на його думку, потрібно обережно висловлювати публічні судження про вплив повідомлень у ЗМІ про вигадані самогубства на інфікування самогубством [237].

У дослідженні Caitlin L. Williams, Jami M. Gauthier та Tracy K. Witte аналізувався вплив новинних статей про самогубство. У їх дослідженні 420 учасників було поділено випадковим чином на групи. Одній групі подавалися новини, що містили повідомлення про самогубство, іншій – нейтральні новини. Подальше обстеження (із використанням анкет і завдань на асоціації “смерть – самогубство”) показало відсутність будь-якого ефекту повідомлень про самогубство на зростання індивідуальної вразливості (суїцидальних думок, поведінки). Проте автори зазначають про необхідність подальших досліджень, присвячених механізмам імітаційних впливів [238].

На погляд Muhammed Yıldız, Ugur Orak, Mark H. Walker та Ozgur Solakoglu, дослідження впливів через соціальні мережі проводилися переважно із населенням західних країн і їх результати доволі неоднозначні. Вони провели своє дослідження у вибірці турецьких підлітків з урахуванням їхньої статі. Було визначено, що в досліджуваній вибірці повідомлення про самогубство через соціальні мережі підвищували суїцидальний ризик, при цьому значніші зміни ризику самогубства спостерігаються у дівчат [239].

Jonathan Scourfield, Gualtiero Colombo, Pete Burnap, Rhiannon Evans, Nina Jacob, Matthew Williams поставили за мету дослідити поширеність у Twitter порівняно з газетами повідомлень про самогубства підлітків (як контрольні було використано повідомлення про загибель підлітків унаслідок дорожньо-транспортних пригод). Це спостереження тривало протягом 6 місяців. Установлено, що твіти про самогубство молодих людей були численніші за повідомлення в газетах. Про нещодавні суїциди в газетах повідомлялося рідше, ніж про нещодавні смерті внаслідок ДТП. Пов’язані зі знуцанням (булінгом) самогубства особливо повно висвітлювались у новинах. Автори дослідження закликають організації, які займаються профілактикою самогубств, розглянути можливість регулярного моніторингу повідомлень у соціальних мережах [240].

На цей заклик відгукнулася дослідницька група – Kamesha Spates, Xinyue Ye та Ashley Johnson, – спробувавши з’ясувати, як Twitter може бути індикатором виникнення й поширення думки про самогубство. Вони проаналізували 4524 повідомлення, що висловлюють бажання чи намір

померти. Було встановлено, що хоча вислів “хочу померти” зустрічається досить часто, більшість твітів не є незагрозливими. Крім того, спілкування про самогубство у Twitter переважно стосується обміну з іншими користувачами ресурсами щодо перешкоджання самогубствам. Автори вважають, що завдяки такому середовищу взаємопідтримки Twitter може стати ефективним засобом поширення матеріалів, присвячених запобіганню самогубству, тобто виконувати просвітницьку функцію щодо суїцидології, подолання стигми самогубства тощо [241].

Shelly S. Bakst, Yakir Berchenko, Tali Braun та Tamy Shohat дослідили зв'язок між повідомленнями про самогубства у ЗМІ з наступним зростанням кількості самогубств серед населення Ізраїлю у період 2008–2012 рр. Для цього авторами дослідження через Google було відібрано новинні хіти про самогубства, тобто самогубства, інформація про які найбільше поширювалась у ЗМІ, так звані “публічні самогубства”. Порівнювалася кількість самогубств за 4 тижні перед і 4 тижні після таких “публічних самогубств”. Ураховувалися також сезонні й вікові тенденції. За досліджуваний період в Ізраїлі вчинили самогубство 2119 осіб, із них 13 значну увагу приділяли ЗМІ. Дослідження не виявило значного впливу цих 13 самогубств на наступну кількість самогубств у вікні спостереження (4 тижні). Кількість суїцидів після “публічних самогубств” не залежала від поширення про них інформації у ЗМІ. Попри ці результати авторів дослідження непокоїть збільшення пошукових запитів після вчинення самогубств. Вони наполягають, що наступні дослідження мають зосереджуватися на ефектах наслідування самогубств залежно від впливів масової інформації після суїциду, включно з факторами збільшення ризику та антисуїцидальними факторами, вважаючи, що загальна практика запобігання самогубствам має вдаватися до офіційних методів регулювання, які обмежують необережні репортажі у ЗМІ про самогубства [242].

Ще одним викликом сьогодення є вчинення булінгу шляхом повідомлень у соціальній мережі. У дослідженні Jessica A. Heerde та Sheryl A. Hemphill проведено метааналіз опублікованої на міжнародному рівні літератури, в якій повідомляється про зв'язок між булінгом і навмисними самоушкодженнями. Вони встановили, що кіберзалякування і водночас кіберзалякування й віктимізація, яка виникла на статистично значущому рівні, пов'язані зі самоушкодженнями. Крім того, доведено, що в заподіянні знущань збільшений ризик умисних самоушкоджень мають і жертва, і злочинець [243].

Публічні виклики особистій репутації є встановленим фактором учинення самогубств, пов'язаних із гідністю, досліджені Karl Roberts, Mtt Miller та Deborah Azrael. Будуючи своє дослідження, автори виходили з тези, що уявлення про особисту гідність пов'язані з культурними нормами, тому в деяких культурних групах втрата гідності може бути передвісником самогубства. Використовуючи дані Національної системи звітності про насильницькі смерті, дослідники виявили 163 самогубства, пов'язані із загрозою гідності. Вони встановили, що особам, які вчинили ці самогубства, було важливо пояснити оточенню мотиви своїх дій, тому вони залишали

передсмертні записки, обговорюючи в них суїцидальний намір. Крім того, такі самогубства пов'язані з карно-правовими проблемами, проблемами на роботі й у стосунках, стражданнями від депресії, меншими можливостями звернутися по допомогу в разі виникнення кризи. Науковцям не вдалося встановити зв'язок цих самогубств зі статтю чи певним методом [244].

Ще одним напрямком сучасних досліджень, в якому, здавалося б, стали тези не завжди підтверджуються, є дослідження взаємозв'язку вживання алкоголю, психоактивних речовин, паління із ризиком самогубства.

У суспільну свідомість досить давно вживлюють думку про зв'язок паління з ризиком самогубства. Проте дослідження K. Mikael Holma, Irina Holma, Mikko Ketokivi, Maria A. Oquendo та Erkki Isometsä ставить під сумнів наявність такого зв'язку. Вони намагалися встановити, чи здатне паління бути самостійним предиктором суїцидальних думок, показником ризику суїцидальних спроб під час депресії. У своєму п'ятирічному спостереженні за психіатричними пацієнтами (269 осіб) із тяжким депресивним розладом вони встановили, що паління на статистично значущому рівні не пов'язане ні з суїцидальними думками, ні з суїцидальними спробами під час депресивних епізодів [245].

Juliette Salles, Bernard Tiret, Adeline Gallini, Peggy Gandia, Christophe Arbus, Anjali Mathur зазначають, що попри поширеність тези про зв'язок вживання алкоголю із самогубством дуже небагато досліджень, які конкретно розглядають роль критичного вживання алкоголю у спробах самогубства. Порівнюючи оцінки суїцидальності у пацієнтів із самоотруєнням шляхом критичного вживання алкоголю і без нього (всього 516 пацієнтів із самоотруєнням), дослідники встановили, що пацієнти з критичним вживанням алкоголю мають нижчі бали суїцидальності у самозвітах, але за об'єктивними показниками вони не відрізнялися від інших самогубць, які прагнули померти через самоотруєння. Автори вважають, що роль алкоголю в самооцінюваннях спроб самогубства має вивчатися додатково [246].

Дослідження Michael D. Anestis, Matthew T. Tull, Sarah E. Butterworth, Julia R. Richmond, Claire Houtsma, Courtney N. Forbes, Kim L. Gratz, яке було підтримано Військовим консорціумом із дослідження самогубств і Канцелярією помічника міністра оборони з питань охорони здоров'я, на відміну від наведених вище довело пріоритетну роль опію як фактора суїцидального ризику у військовослужбовців. Автори дослідження виходили з добре вивченої в суїцидології тези, що вживання опію пов'язане зі зростанням суїцидальних думок, спроб і смертю від самогубства. Вони намагалися визначити, наскільки вживання опію здатне диференціювати людей із суїцидальними спробами від тих, у кого суїцидальні думки ніколи не переходять у спроби самогубства. У дослідженні взяли участь військовослужбовці Національної гвардії США і цивільні, що проходять лікування в закладах охорони здоров'я. За допомогою полімодалної логістичної регресії їх було розділено на групи за ступенем позитивної історії суїцидальності: 1) особи без позитивної історії суїцидальних думок і спроб; 2) особи із суїцидальними думками, проте без спроб; 3) особи, які мають принаймні одну спробу. Дослідники встановили, що вживання опію

серед залежних від наркотиків пацієнтів пов'язане з підвищеною ймовірністю здійснення хоча б однієї спроби самогубства порівняно з групою, в якій були думки, проте не було спроб самогубства. Ці висновки зроблено з урахуванням вживання й інших психоактивних речовин і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин протягом життя [247].

Метою дослідження Kelsie Adkisson, Katherine C. Cunningham, Eric A. Dedert, Michelle F. Dennis, Patrick S. Calhoun, Eric B. Elbogen було, використовуючи ретроспективні дані, перевірити гіпотезу про зв'язок залежності від конопель зі збільшенням частоти спроб самогубства у військовослужбовців після участі в бойових діях. Учасниками цього дослідження стали 319 ветеранів – учасників бойових операцій в Іраку й Афганістані. Вони пройшли клінічні інтерв'ю і заповнили батарею опитувальників, побудованих на самозвіті. Узагальнення результатів дослідження засвідчило, що залежність від конопель значною мірою пов'язана зі спробами самогубства у військовослужбовців після відрадження до зони бойових дій. Навіть урахуваючи ефект, що чинять попередні спроби самогубств, ПТСР, депресія, біль, уживання інших психоактивних речовин (не на основі конопель) без призначення лікарем, вживання важких конопель було унікальним фактором ризику спроб самогубства у ветеранів після відрадження [248].

Вогнепальна зброя використовується приблизно в половині всіх самогубств США, вона є дуже смертоносною та широкодоступною в популяції. Так, узагальнення даних про самогубства в Техасі 2006–2015 рр. показало, що вогнепальна зброя стає засобом учинення самогубства у 44 % підлітків, 76–90 % чоловіків і 50–60 % жінок. Значно частіше вогнепальна зброя використовується для самогубства в неурбанізованих районах. Автори дослідження – Namkee G. Choi, Diana M. DiNitto та C. Nathan Marti – пояснюють це тим, що сільські жителі краще володіють вогнепальною зброєю і частіше застосовують її у своєму побуті [249].

У дослідженні Sarah E. Butterworth та Michael D. Anestis встановлено, що особи, які законно володіють вогнепальною зброєю, більше схильні використовувати її для захисту інших, аніж себе, зберігати її із дотриманням необхідних заходів безпеки і не виносити її з дому. Науковці визначили, що ставлення до володіння вогнепальною зброєю і заходів безпеки зумовлене політичними поглядами і не має значущих зв'язків з економічними. Вивчення таких даних, на думку дослідників, необхідне для розроблення ефективних заходів безпеки, контролю за зберіганням зброї та отриманням дозволів на її придбання [250].

У наступному дослідженні також вивчались уявлення про володіння вогнепальною зброєю і її зберігання в контексті ризику самогубства й відкритості до засобів безпеки. В опитуванні, проведеному Michael D. Anestis, Samantha Daruwala, Daniel W. Carpon, взяли участь 107 дорослих американських власників вогнепальної зброї. Ієрархічний регресійний аналіз показав, що переконання щодо володіння і зберігання вогнепальної зброї пов'язані з відкритістю до засобів безпеки, аби попередити чийось (не свою)

спробу самогубства. Крім того, результати аналізу коваріацій показали, що у власників вогнепальної зброї, які мали думки про самогубство, щільніший зв'язок між володінням вогнепальною зброєю чи її зберіганням і ризиком самогубства. Дослідники наполягають, що отримані ними дані свідчать про готовність власників вогнепальної зброї прийняти тезу, що безпека залежить від того, наскільки вони впевнені, що зберігання вогнепальної зброї пов'язане із самогубством. При цьому власники зброї, які мають упередження щодо самогубства, більш схильні до думки, що володіння вогнепальною зброєю і її зберігання пов'язані з ризиком самогубства. Ставлення до самогубства як до можливого у своєму житті може бути фокусом у зусиллях із збільшення доступності засобів безпеки для власників вогнепальної зброї [251].

З метою поліпшення контролю над зберіганням і володінням зброєю як фактора попередження вчинення самогубства здійснювалось і дослідження William Feigelman, Zohn Rosen та Julie Cerel. Воно підтвердило, що вищий рівень самогубств, убивств і смертей з необережності встановлений серед тих, у кого був легкий доступ до зброї. Проте ця закономірність стосується лише вибірки чоловіків. Ті, хто мав легкий доступ до зброї, на статистично значущому рівні мали такі загальні соціально-демографічні характеристики: були вихідцями з родин із двома батьками; у родинях діти мали близькі стосунки з батьками, діти частіше вступали у бійки, чинили правопорушення, були схильні до ризикованої поведінки – поведінки, пов'язаної із вживанням алкоголю, наркотичних засобів, водінням мотоциклу. Регресійний аналіз показав, що легка доступність вогнепальної зброї залишається важливим предиктором суїцидів. Коваріатом виступають стать, розбіжності у доходах родин, схильність до ризику й делінквентність [252].

Ще одне дослідження, в якому зброя займає ключову позицію, було виконано Joseph E. Logan, Allison Ertl, Robert Bossarte. Ці дослідники виходили з тези, що проблеми інтимних стосунків (інтимне партнерство) є фактором ризику самогубств серед чоловіків, проте не досліджено, чому деякі чоловіки-самогубці, які мали такі проблеми, вбивали своїх партнерів перед самогубством, водночас як більшість із них самі не померли внаслідок учиненої спроби суїциду. Для обґрунтування зусиль із профілактики науковцями було виявлено кореляти вбивств у сфері інтимного партнерства серед чоловіків-самогубць із проблемами в інтимній сфері. У дослідженні було використано дані Національної системи звітності про насильницькі смерті за 2003–2015 рр. Отримано такі результати. Убивство у сфері інтимних стосунків – самогубство позитивно корелювало із самогубством за допомогою вогнепальної зброї і цивільно-правовими проблемами, проте зворотно корелювало із психічним здоров'ям (наркоманією). Так, 33,7 % вбивств у сфері інтимних стосунків вчинено внаслідок розлучень; 21,9 % серед осіб, які скоїли вбивство у сфері інтимних стосунків, мали випадки домашнього насильства. Для попередження самогубств і вбивств у сфері інтимного партнерства науковці цілком обґрунтовано вважають за необхідне суворе дотримання законів, що забороняють володіння зброєю особам, які вчинили побутове насильство [253].

Невтішні результати з вибіркою, для якої володіння зброєю є професійним обов'язком, – військовослужбовцями.

Так, мета дослідження Phillip N. Smith, Nicholas A. Fadoir та Joseph M. Currier полягала в установленні, як вогнепальна зброя створює ризик самогубства серед військовослужбовців і ветеранів. Досліджено зв'язок між володінням та зберіганням вогнепальної зброї і психічним здоров'ям і конструктами міжособистісної теорії самогубства. У дослідженні взяла участь 201 особа: військовослужбовці й ветерани. Установлено, що володіння довгоствольною зброєю, але не короткоствольною, позитивно пов'язане з відсутністю страху смерті. Потенційне зловживання алкоголем було позитивно пов'язане з володінням короткоствольною зброєю (пістолетом), менш безпечними способами зберігання зброї і відмовою відповідати на питання щодо володіння короткоствольною зброєю (пістолетом). Автори дослідження вважають, що отримані ними дані погоджуються з концепцією “від думок до дії” для розуміння вогнепальної зброї як проміжного фактора ризику самогубства [254].

Lauren R. Khazem, Claire Houtsma, Kim L. Gratz, Matthew T. Tull, Bradley A. Green та Michael D. Anestis перевіряли гіпотезу про те, що особливості зберігання військовослужбовцями своєї вогнепальної зброї може опосередковувати зв'язок між суїцидальними думками і ймовірністю вчинення спроби самогубства. У дослідженні взяли участь 432 військовослужбовці, які схвалювали приватне володіння вогнепальною зброєю і проходили службу в південно-східній частині США (94,5 % військовослужбовців Національній гвардії). Науковцям удалося підтвердити, що зберігання вогнепальної зброї опосередковує зв'язок між суїцидальними думками і ймовірністю вчинення суїцидальних спроб у майбутньому. Особи, які вказували, що їх вогнепальна зброя може зберігатися зарядженою і в небезпечному місці, більш схильні до суїцидальної поведінки. На думку авторів, отримані ними дані підтверджують необхідність проведення досліджень, присвячених вивченню ризику самогубства в контексті зберігання вогнепальної зброї, і забезпечують підтримку зусиль із запобігання самогубствам із використанням обмежувальних засобів [255].

Simon B. Goldberg, Raymond P. Tucker, Maleeha Abbas, Megan E. Schultz, Michele Hiserodt, Kathryn A. Thomas, Michael D. Anestis, Mary F. Wyman, як і інші, виходили з тези, що військовослужбовці Національної гвардії демонструють підвищений ризик самогубств порівняно з цивільним населенням, і одним із можливих механізмів підвищення цього ризику є володіння вогнепальною зброєю і її доступність після участі в бойових діях. У дослідженні вивчався зв'язок між володінням вогнепальною зброєю, причинами володіння нею і доступністю вогнепальної зброї із широко вивченим фактором ризику самогубства – здатністю до самогубства – серед військовослужбовців Національної гвардії. Емпіричні дані було зібрано у 2010 р. після відрадження, пов'язаного з участю в бойових діях. У дослідженні взяли участь 2292 військовослужбовці, у яких оцінено володіння й доступність вогнепальної зброї і здатність до самогубства. Отримані результати засвідчили,

що володіння вогнепальною зброєю і її доступність збільшують імовірність скоєння самогубства. Окремо розглядалося питання щодо причин володіння зброєю: володіння зброєю для самозахисту та військова зброя (володіння у професійних цілях) значною мірою були пов'язані з можливістю самогубства, водночас як володіння зброєю як хобі не пов'язане зі збільшенням ризику самогубства [256].

Досить цікавою є ідея дослідження ще одного американського колективу – Thomas Walton та Jennifer Stuber, – що розглядав роздрібних продавців зброї як можливу ланку профілактики самогубств. Дослідники вважають, що ритейлери (роздрібні продавці) вогнепальної зброї можуть бути важливою групою суспільства для формування обізнаності з питань суїцидального ризику, бо здійснюють продаж і проводять бесіду з клієнтом щодо законів, пов'язаних із вогнепальною зброєю та проблемою безпеки. Це дослідження являє собою найбільше опитування роздрібних продавців зброї ($n=178$) у Вашингтоні. Його метою було визначення готовності брати участь у заходах, докладати зусиль до запобігання самогубствам і встановлення факторів, які лежать в основі цієї готовності. Опитування показало, що респонденти не були поінформовані про те, що самогубство найчастіше завершується смертю в разі застосування зброї і найчастіше вчиняється за допомогою зброї. Більшість продавців позитивно ставиться до навчання і своєї участі в заходах із профілактики самогубства. Знання про ознаки суїцидальної поведінки, які допомагають попередити самогубство, і впевненість у тому, що самогубству можна запобігти, є фактором готовності до участі у профілактичних заходах. Небажання обговорювати особисті проблеми з клієнтом негативно пов'язане з намірами брати участь у профілактичних заходах [257].

Іншим найпоширенішим способом самогубства, доступ до засобів вчинення якого гіпотетично можливо контролювати, є самоотруєння.

У дослідженні Aaron Min Kang було проаналізовано, які конкретно речовини найчастіше використовувалися для самогубства шляхом отруєння, і серйозність клінічних ефектів від їх застосування (потреба в інтенсивному лікуванні). Науковець додав інформацію з Національної системи даних про отрути за 2011–2015 рр. Було встановлено, що суїцидальні отруєння одним продуктом частіше зустрічаються у крайніх вікових групах (66,7 % у підлітків і 70,5 % у осіб старше 90 років). Три найпоширеніші отруйні речовини, які використовувалися для самогубства, безрецептурні. Найпоширенішою визначена комбінація алкоголю з рецептурними седативними речовинами. Безрецептурний димедрол – найчастіша причина серйозних клінічних ефектів, які потребували інтенсивного лікування. Автор наголошує, що отримані результати насамперед важливі для підготовки медичних працівників, які надають допомогу самогубцям [258].

Використання пестицидів (отрут, які використовуються в сільському господарстві) є одним із найпоширеніших способів самогубства в усьому світі. Обмеження доступу до пестицидів на місцевому рівні є однією зі стратегій, спрямованих на вирішення цієї серйозної проблеми суспільної охорони

здоров'я, проте сьогодні мало що відомо про її ефективність. Lennart Reifels, Brian L. Mishara, Luc Dargis, Lakshmi Vijayakumar, Michael R. Phillips, Jane Pirkis провели систематичний огляд опублікованих із цього питання досліджень, аби визначити ефективні загальні підходи до попередження самогубств, які передбачають обмеження доступу до пестицидів. У проаналізованих цими науковцями дослідженнях ішлося про апробацію різних заходів безпеки: ведення сільського господарства, не пов'язаного з пестицидами; створення централізованих сховищ для пестицидів; роздавання контейнерів, що замикаються, для зберігання в домашніх господарствах; місцеві заборони на інсектициди. Науковці зазначають, що жодному з авторитетних досліджень щодо цих питань не була доведена ефективність такого заходу, як надання побутових контейнерів для зберігання сільськогосподарських отрут. Інші дослідження показали деяку перспективу у зниженні кількості самогубств (чи спроб) за допомогою пестицидів за певних умов [259].

Одним із найпоширеніших у Європі та Америці снодійним є Zolpidem. Зрозуміло, що дослідники не могли не задатися питанням, як воно пов'язане із самогубством. Дослідження Bong Kyoo Choi, Hi Gin Sung, Jin Hyun Nam, Ju-Young Shin проводилося за планом “випадок–контроль” із використанням бази даних Національної служби медичного страхування National Sample Cohort (NHIS-NSC) у період із 1 січня 2004 р. по 31 грудня 2013 р. Контролю підлягали такі змінні, як вік, стать, регіон, рівень доходу, тип медичного страхування. Важливою умовою включення випадку у вибірку дослідження – використання Zolpidem не менше 2 років до самогубства. Установлено, що серед самогубць відсоток тих, хто використовував Zolpidem, був значно вищим, аніж у контрольній вибірці (23,4 % проти 4,5 %). Були випадки безпосереднього використання Zolpidem для вчинення самогубства. Подібні результати характерні як для загальної вибірки самогубств, так і для самогубств, не пов'язаних із медикаментозними отруєннями. Дослідники зазначають, що встановлений ними безпосередній зв'язок між вживанням Zolpidem і самогубством свідчить про те, що препарат слід дуже обережно призначати особам за підвищеного ризику самогубства [260].

Ще одним зовнішнім фактором суїцидального ризику, який щосили намагаються контролювати в усіх розвинених країнах, – жорстоке ставлення до дітей, насильство в родині.

Так, у масовому лонгітюдному дослідженні (1090 осіб) установлювався вплив жорстокого ставлення в ранньому дитинстві (у віці 4–6 років) на ризик самоушкодження. Elise Paul та Ana Ortin збирали дані про жорстоке поводження з дітьми за допомогою “Контрольного переліку поведінки дитини”, “Шкал тактики конфлікту між батьками й дітьми” та за даними Служби захисту дітей. Вони встановили, що фізичне нехтування дитиною було тим видом жорстокого ставлення, яке стало незалежним предиктором самоушкодження у дітей [261].

Chelsea Farrell та Gregory M. Zimmerman, провівши дослідження із залученням 12 272 підлітків, визначили, що вплив насильства на суїцидальні думки є повністю опосередкованим, а вплив насильства на суїцидальні

спроби – частково опосередкованим. Роль цих посередників виконує депресія, соматичні симптоми і вживання психоактивних речовин. У дослідженні враховувалися стать, вік, раса (етнічна належність) [262].

Erinn Bernstein Duprey, Assaf Oshri та Sihong Liu також вивчали фактори, які опосередковують вплив жорстокого ставлення до дитини на суїцидальні думки, які формуються в дорослому віці. У дослідженні такими посередниками були самооцінка і дані варіабельності серцевого ритму, які отримували за допомогою електрокардіограми. Дані про жорстоке ставлення в дитинстві, суїцидальні думки й самооцінку дослідники отримували за допомогою самозвітів. Аналіз результатів довів, що жорстоке ставлення в дитинстві, дійсно, опосередковано пов'язане із суїцидальними думками в дорослому віці через зниження самооцінки. Проте варіабельність серцевого ритму здатна буферизувати цей опосередкований зв'язок. За результатами свого дослідження автори пропонують як профілактичні втручання, що зміцнюють самооцінку і вчать регулювати емоції. На їх думку, такі заходи здатні знизити ризик самогубств у молоді, яка має жорстоке ставлення у анамнезі [263].

Такими посередниками між жорстоким ставленням до дітей і формуванням суїцидальних думок у підлітків у розглянутому раніше дослідженні Elizabeth D. Handley, Tangeria R. Adams, Jody Todd Manly, Dante Cicchetti, Sheree L. Toth називаються депресивні симптоми та конфлікт між матір'ю і донькою. Причому останнє має більшу опосередковувальну силу, ніж депресія [264]

Досліджуючи фактори суїцидального ризику такої вразливої групи, як трансгендерні підлітки чоловічої статі, Lindsay A. Taliaferro, Barbara J. McMorris, G. Nicole Rider та Marla E. Eisenberg установили, що цих підлітків зі спробами самогубства відрізняє від інших, у тому числі й тих, хто вчиняє несуїцидальні самоушкодження, наявність в анамнезі фактів фізичного чи сексуального насильства, насильства у стосунках, залякувань, меншого зв'язку з батьками, утечі з дому, а також нижчий рівень сприйнятої шкільної безпеки. У зв'язку з такими даними дослідники наголошують, що клініцисти і шкільний персонал має бути готовим до усунення факторів ризику й підсилення захисних факторів, які можуть знизити ймовірність того, що ця вразлива група підлітків буде залучена до несуїцидальних самоушкоджень або вчинятиме спроби самогубства [265]. Такі дані важливі ще й тому, що, як показали наведені вище результати дослідження Jessica A. Heerde та Sheryl A. Hemphill, ризик самоушкоджень (у тому числі й самогубств) унаслідок шкільного булінгу зростає не лише серед жертв, а й серед агресорів [243].

Тема самогубства жінок унаслідок жорстокого ставлення досить серйозно досліджувалась у попередні періоди і дуже часто в рамках досліджень, пов'язаних із культурними та гендерними стереотипами та їх зміною. Так, Canttto, здійснивши огляд суїцидальної поведінки мусульманських жінок у країнах Азії, Африки, Європи та Близького Сходу, визначила унікальний сценарій самогубства мусульманських жінок як відчайдушне повстання проти обмежень та жорстокого ставлення до жінок у їхніх родинах і суспільстві [266]. Staples та Widger встановили, що такого роду суїциди жінок характерні і для

інших культурних вибірок [267]. Про самогубство жінок як відчайдушний протест проти найгірших проявів чоловічого домінування і єдиний доступний спосіб уникнення нестерпної ситуації пише Hjelmeland [268].

До досліджень, результати яких дозволяють посилювати контроль ситуації вчинення самогубства, належить і дослідження Niu Tian, Matthew Zack, Katherine A. Fowler та Dale C. Hesdorffer. Проаналізувавши 122 107 смертей від самогубств у національній системі звітності про насильницькі смерті в США у 18 штатах із 2003 р. по 2014 р., вони встановили, що кількість самогубств значно зростає з березня, досягає свого піку у вересні, а потім поступово спадає. Найнебезпечнішими є перший тиждень місяця і початок тижня. Кількість самогубств значно зростає вранці і досягає свого піку в другій половині дня, хоча у підлітків пік припадає на вечір, а у людей старше 65 років – на ранок [269]. Такі дані дозволяють краще організувати профілактичну роботу, наприклад, виділяти більше ліній телефону довіри, більше бригад швидкої допомоги у періоди суїцидальних піків. У групах ризику на пікові періоди можуть бути заплановані профілактичні заходи; серед тих, хто має ризики повторних спроб, – консультації, у тому числі і з використанням засобів телемедицини (консультування за допомогою відео- чи телефонного зв'язку тощо).

Визначенню демографічних корелят самогубства у репрезентативній вибірці дорослих у США із загального соціального обстеження 2016 р. присвячене дослідження William Feigelman, John McIntosh, Julie Cerel, David Brent та Nina J. Gutin. Крім того, друга мета дослідження полягала у використанні цієї репрезентативної платформи для перехресної перевірки офіційних даних про здійснені самогубства у США. Питання про втрату внаслідок самогубства було задане 1432 респондентам GSS 2016. Результати цього дослідження дозволили визначити такі демографічні кореляти самогубств: самогубці мають удвічі більше друзів, аніж близьких родичів (2:1); самогубства найчастіше вчиняють білі жінки старшого віку, які мають родини. Самогубства рідше вчиняють мешканці Тихоокеанського регіону і частіше – мешканці найбільших міст країни. Самогубства частіше вчиняються в домогосподарстві, в якому хтось із мешканців зберігає зброю. Більшість із загиблих мали погане фізичне здоров'я. Жінки, які переживають горе через втрату внаслідок самогубства, частіше реєструються на Facebook. Як зазначають автори дослідження, отримані ними дані узгоджуються з даними інших досліджень про характер самогубств у США і можуть бути використані закладами здійснення профілактики самогубств для визначення потенційних клієнтів [270].

2.5 Огляд сучасних досліджень проблем діагностики суїцидального ризику

Найактивніше в аналізований період вивчалось таке питання оцінювання суїцидального ризику, як подолання наміру приховати переживання суїцидальних думок, суїцидальної кризи через стигматизацію суїциду в суспільстві. Похідними від цієї проблеми стають завдання розроблення психодіагностичних методик, стійких до соціальної бажаності, використання

непрямих і об'єктивних методів діагностики суїцидальності, стандартизації відомих методик у групах суїцидального ризику, пов'язаного насамперед із наміром приховувати свої суїцидальні переживання. Другим блоком питань є фіксація і зберігання даних про пережиту суїцидальну кризу, що б дозволило захистити клієнта з обох сторін: забезпечити збереження конфіденційності з приводу пережитої суїцидальної кризи і надати необхідну фахівцям інформацію в разі вчинення особою повторних спроб, які зазвичай мають більшу летальність, аніж перші. Важливими залишаються питання визначення переваг експертних чи стандартизованих методів діагностики суїцидального ризику та розроблення методик, які відповідають новим знанням, теоріям у суїцидології.

Зокрема, у дослідженні Anita Lungu, Chelsey R. Wilks, Trevor N. Coyle, Marsha M. Linehan, які перевіряли ефективність таких методів для встановлення історії суїцидальної поведінки, як самооцінка та докладне інтерв'ю на вибірці жінок (n=90), було встановлено, що жінки схильні переоцінювати свої суїцидальні акти, якщо оцінка здійснюється за допомогою самозвітів, порівняно з показниками інтерв'ю так званого “золотого стандарту” [271].

Натомість, у роботі з вибіркою безпритульних опитування за допомогою Mini Neuropsychiatric Interview (MINI Suicidal) є виправданим. За даними Cara Katz, Leslie E. Roos, Yunqiao Wang, James Bolton, Stephen W. Hwang, Laurence Y. Katz, Jimmy Bourque, Carol E. Adair, ця методика попри свою простоту має задовільну прогностичну спроможність. Перевірялися психометричні показники цієї методики в дослідженні, в якому протягом 2 років спостерігали за 2221 безпритульним. Воно показало, що оцінки за шкалою MINI Suicidal є предикторами для суїцидальних спроб серед тих, хто мав історію суїцидальних спроб і її не мав, а також навіть серед тих, хто мав пропущені відповіді [272].

Швидкості і простоти в оцінках суїцидального ризику прагнув і інший авторський колектив – Edwin D. Boudreaux, Derek P. De Beurs, Tam H. Nguyen, Brianna L. Haskins, Celine Larkin, Bruce Barton, – намагаючись поєднати теорію досліджень із технологіями для розроблення коротких і надійних опитувальників-скринінгів для оцінювання ризику самогубства у відділеннях невідкладної допомоги. Вони здійснили комп'ютерну адаптацію тесту Бека для визначення суїцидального ризику. У процесі його автоматизації автори прагнули досягнути відповідності з тим, як інформація про пацієнтів подається в Національній інформаційній системі вимірювання результатів. Для цього до дослідження було залучено 1350 пацієнтів, щодо яких відповідні дані зберігались у системі. Використання сучасних технологій показало, що найінформативнішим є пункт 2 – “Бажання померти”. Використання лише його одного дозволяє правильно класифікувати 80 % пацієнтів із ризиком самогубства і 97 % – без такого ризику. Оцінювання, здійснене лише за 4 пунктами опитувальника, дозволяє надати оціночні характеристики, максимально близькі до тих, які містяться в Національній інформаційній системі вимірювання результатів. З огляду на такі дані дослідники амбіційно заявляють, що створення комп'ютерних адаптивних тестів для визначення ризику самогубства має стати революцією у скринінгах поведінкового здоров'я [273].

Досить цікавою є і праця, виконана австралійською групою дослідників: Alison L. Cate, Philip J. Batterham, Matthew Sunderland, Natacha Carragher [274]. Їх метою було з використанням 23-елементного банку самооціночних симптомів суїцидальних думок і поведінки та методів, що ґрунтуються на статистичних даних, розробити нові короткі показники ризику самогубства. У дослідженні на етапі розроблення взяли участь 3175 дорослих австралійців, ще 3755 осіб нараховувала перевірна вибірка. Дослідниками було застосовано “Теорію опису предмета” (Item response theory) до 23 елементів, які містяться в банку симптомів самогубства для розроблення короткої статичної міри і для моделювання різних комп’ютеризованих адаптивних алгоритмів. Отримані таким чином короткі статична й адаптивні міри утворили “Інструментарій для швидких вимірювань суїцидальності” (Rapid Measurement Toolkit for Suicidality). Розроблений короткий статичний скринінг містить всього 5 елементів і працює так само, як і зазвичай використовуваний опитувальник “Про суїцидальну поведінку” (Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised). Для адаптивного скринінгу в середньому потрібно 6,2 елемента, які корелюють із повним банком елементів на рівні 0,98.

Низку досліджень 2018–2020 рр. присвячено можливості використання переживання психічного болю як самостійного маркера ризику вчинення суїциду.

Дослідники Mikayla C. Pachkowski, Alexis M. May, Michelle Tsai, E. David Klonsky, за основу розробки власної методики визначення суїцидального ризику взяли тезу про те, що страждання спричиняє самогубство, коли стає нестерпним. Вони розробили коротку шкалу “Нестерпності психічних страждань” (НПС). Визначення її психометричних показників здійснювалося на двох групах: 1) онлайн-вибірка, яка складалась із 1006 дорослих (53 % чоловіки) із різних міст США; 2) вибірка зі 190 психіатричних хворих, які перебувають у стаціонарах (47 % чоловіки) у лікарнях Західної Канади. Дослідження показало, що НПС має добру внутрішню погодженість, а також високу конвергентну і прогностичну достовірність. НПС на значущому рівні корелювала із загальними стражданнями, безнадійністю, сприйманою тяжкістю та низькою належністю. Автори методики дійшли висновку, що НПС – це коротка, психометрично обґрунтована міра нестерпності психічних страждань, яка може використовуватись у протоколах досліджень і клінічних оцінках [275].

Дослідження Rui C. Campos, Ronald R. Holden та Margarida Gomes [276] також було присвячено вивченню можливості використовувати оцінювання психічного болю як критерій для прогнозу суїцидального ризику. У дослідженні 628 осіб провели опитування за такими методиками: португальська версія “Шкали психічного болю” (Portuguese version of the Psychache Scale), переглянтий опитувальник “Про суїцидальну поведінку” (Suicidal Behavior Questionnaire-Revised), “Шкала депресії” (CES-D Scale), “Шкала безнадійності” Бека (Beck Hopelessness Scale), а також вони відповіли на запитання про суїцидальні думки (Suicide Ideation Questionnaire). Було встановлено, що отриманий бал за “Шкалою психічного болю” цілком придатний для

визначення осіб, які мають ризик самогубства, диференціює їх від тих, хто не схильний до суїциду. Цей показник пов'язаний із суїцидальною поведінкою, депресією, безнадійністю і здатний прогнозувати наявність суїцидальних думок.

Інший авторський колектив – Katie C. Lewis, Evan W. Good, Jane G. Tillman та Christopher J. Horwood [277], – ґрунтуючись на вже доведеній тезі, що психічний біль є важливим фактором ризику самогубства, задався метою визначити психометричні характеристики “Шкали психічного болю” (Psychic Pain Scale) – нової міри оцінювання нестерпності негативного афекту, що описана в теорії суїцидальності Мальцбергера (Maltzberger's theory of suicidality). У дослідженні взяли участь 131 дорослий психіатричний пацієнт і 953 студенти. Проведений факторний аналіз як у клінічній, так і в студентській вибірці виявив два фактори: афективний потік і втрату контролю, яким відповідають дві підшкали методики. Ці підшкали виявилися пов'язаними з факторами ризику суїциду, у тому числі історією травм, тяжкістю психопатології, зниженням стійкості до дії стрес-факторів, а також із низкою патологічних рис особистості.

Деяко подібна факторна структура була визначена на вибірці підлітків під час перевірки психометричних показників методики “Форма суїцидального статусу” (Suicide Status Form). Зокрема конфірмаційний (підтверджувальний) факторний аналіз виявив, що двофакторна модель найкраще пояснює дані, які отримують за цією методикою: психічний біль, стрес і збудження – перший фактор; безнадія та ненависть до себе – другий. Як зазначають дослідники, показники за опитувальником дозволяють віддиференціювати підлітків, які мали суїцидальні спроби, від тих, хто їх не мав [278].

Значна частина сучасних досліджень, присвячених актуальним питанням діагностики суїцидального ризику, зосереджена навколо проблеми діагностики суїцидального ризику у військовослужбовців.

Так, клініцисти, які працюють у психіатричних закладах Міністерства оборони США, сформулювали запит: визначити, наскільки доречно в оцінюванні суїцидального ризику у військовослужбовців використовувати методики, розроблені і стандартизовані на цивільній вибірці. На цей запит відгукнувся дослідницький колектив: Peter M. Gutierrez, Thomas Joiner, Jetta Hanson, Ian H. Stanley, Caroline Silva та Megan L. Rogers [279]. Він задався метою вивчити надійність і обґрунтованість 4 найбільш використовуваних шкал оцінювання ризику самогубства для вибірки військовослужбовців: “Колумбійська шкала оцінювання тяжкості самогубства” (Columbia-Suicide Severity Rating Scale), “Анкета для визначення поведінки самоушкодження” (Self-Harm Behavior Questionnaire), “Опитувальник суїцидальної поведінки” (Suicidal Behaviors Questionnaire–Revised) і “Шкала для визначення суїцидальних думок” Бека (Beck Scale for Suicide Ideation). Використавши дані понад 1000 військовослужбовців, дослідники встановили, що попри наявність деяких відмінностей із цивільною вибіркою за всіма показниками, загальна ефективність цих методик прийнятна і всі вони можуть вважатися валідними й

надійними для використання в оцінюванні військовослужбовців США, які мають бойовий досвід.

Цікавий підхід дослідницької групи: Bridget B. Matarazzo, Gregory K. Brown, Barbara Stanley, Jeri E. Forster, Melodi Billera, Glenn W. Currier, Marjan Ghahramanlou-Holloway. Розроблена ними методика – “Колумбійська шкала оцінювання тяжкості самогубства” (Columbia–Suicide Severity Rating Scale, або C-SSRS) – використовується для вибірок, які вже визначено як такі, що мають ризик учинення самогубства. Отже, фактично пропонується нова процедура діагностики – здійснення діагностики у два етапи. На першому етапі встановлюється сам факт ризику вчинення самогубства, на другому – уточнюється тяжкість суїцидальності. Своїм дослідженням автори розвивають відому тезу, що наступні спроби мають більшу тяжкість, летальність, аніж попередні. Психометричні показники цієї методики встановлювалися на вибірці пацієнтів невідкладної психіатричної допомоги. Дані збирали кількома зрізами: через тиждень, місяць, три місяці та 6 місяців після виписки з відділення невідкладної допомоги. Наведена методика виявилася здатною прогнозувати фактичні й перервані спроби самогубства та підготовку до самогубства. Загальний показник за методикою мав значні кореляційні зв'язки як із реальними спробами, так і з усіма іншими видами суїцидальної поведінки. У висновках до зробленої публікації автори зазначають, що розроблена ними методика є психометрично обґрунтованою мірою, яку можна використовувати для уточнення оцінки ризику самогубства серед ветеранів, уже визначених як такі, що мають ризик самогубства [280].

Авторський колектив – Sean M. Barnes, Lindsey L. Monteith, Jeri E. Forster, Sarra Nazem, Lauren M. Borges, Kelly A. Stearns-Yoder, Nazanin H. Bahraini, – ґрунтуючись на тій самій тезі, що через відсутність лінійної кореляції між досвідом травматичних подій і показником набутої здатності до самогубства виникає проблема з диференційною діагностикою ризику самогубства у ветеранів, військовослужбовців та інших представників ризиконебезпечних професій, розвили ідею двоетапного підходу до діагностики суїцидального ризику в цій вибірці. Вони розробили власну модель прогнозування спроб суїцидів у ветеранів із ПТСР та без нього, яка містить таке: 1) установлені факти ризику; 2) показники ризику самогубства (отримані з клінічних опитувань); 3) непрямі ознаки суїцидальної поведінки (отримані шляхом спостереження). Саме за рахунок включення у традиційну схему прогнозу спроб самогубства змінних спостереження за непрямыми ознаками, що виявляються в поведженні, дослідники й намагалися підвищити ефективність прогнозування майбутніх спроб самогубства у ветеранів. У дослідженні взяли участь 166 госпіталізованих ветеранів. Отримані результати засвідчили, що запропонована модель досить непогано прогнозує спроби суїциду у ветеранів без ознак ПТСР, особливо за можливості спостерігати за їх поведінкою 6 місяців і більше. Проте непрямі ознаки суїцидального ризику, які містяться у поведінці, суттєво не поліпшують якості прогнозу спроб самогубства у ветеранів із ПТСР [281].

Знаючи, що військовослужбовці частіше за інших приховують свої суїцидальні думки й наміри, дослідники розпочали пошук об'єктивних і нестигматизованих ознак, які можуть бути маркерами підвищеного суїцидального ризику у військовослужбовців. Авторський колектив – Kelly A. Soberay, E. Ashby Plant, Jetta E. Hanson, Megan Dwyer та Peter M. Gutierrez – запропонував як такі маркери суїцидального ризику використовувати безсоння і позитивний скринінг черепно-мозкової травми. У дослідженні цієї групи взяли участь 1635 військовослужбовців у серії із 7 експериментів. Використовуючи регресійний аналіз, вони встановили, що тяжкість безсоння і позитивний скринінг черепно-мозкової травми мають незалежний зв'язок із суїцидальним ризиком. Зв'язок між безсонням і ризиком самогубства варіює залежно від військової галузі. Позитивний скринінг на ЧМТ значно впливає на суїцидальну поведінку і цей ефект зберігається в усіх групах військовослужбовців. У своїх висновках автори дослідження акцентують увагу на тому, що військовослужбовці із симптомами безсоння та ЧМТ мають бути об'єктами профілактичного втручання, бо ці маркери суїцидального ризику є менш стигматизованими і можуть легко оцінюватися за допомогою коротких самозвітів [282].

Ідея про афективну затримку (електрофізіологічний показник) як об'єктивний суїцидальний маркер розглядалась у дослідженні Wei Song, Huanhuan Li, Ting Guo, Songyuan Jiang, Xiang Wang. У ньому порівнювалися дані депресивних пацієнтів із високим і низьким рівнями ризику самогубства (23 особи) із контрольною вибіркою (24 особи). У всіх учасників оцінювалась афективна затримка стимулу (електрофізіологічний показник) як реакція на подію. Дослідниками враховувалися: зв'язок наданого для оцінювання стимулу з подією, метою, мотиваційна значущість стимулу, зворотний зв'язок (підкріплення – нагорода чи покарання; негативність, що пов'язана зі зворотним зв'язком). Між досліджуваними групами було встановлено значущі розбіжності за всіма показниками. Зроблено висновок, що зворотний зв'язок може бути електробиологічним компонентом, який є джерелом психічного болю в разі суїцидальності [283].

Дослідницька група – J. John Mann, Allison V. Metts, R. Todd Ogden, Chester A. Mathis, Harry Rubin-Falcone, Zhiqun Gong – також шукала об'єктивні показники суїцидального ризику. Проте їй так і не вдалося підтвердити гіпотезу про зв'язок порушення серотонінової системи з тяжкістю депресії та суїцидальною поведінкою [284].

Ефективність використання неявних асоціацій для діагностики схильності до самогубства у підлітків перевірялася науковцями Alexander J. Millner, Tara M. Augenstein, Katherine H. Visser, Katie Gallagher, Genesis A. Vergara, Eugene J. D'Angelo. Вони взялися оцінити: 1) наскільки підлітки-самогубці демонструють ідентифікацію із самоушкодженнями; 2) чи надійні ці неявні асоціації самоушкодження і чи чутливі вони до психіатричних змін; 3) чи здатні стати предиктором для наступних спроб самогубства у підлітків. У дослідженні взяв участь 71 підліток із психіатричного стаціонару, який пройшов оцінювання під час лікування у стаціонарі, після виписки і через 3 місяці після лікування.

Кожному підлітку для ідентифікування надавалося 6 неявних асоціацій самоушкоджень. Проведений аналіз показав, що хоча всі зміни відбувались у визначеному в дослідженні напрямку, проте не всі вони сягнули рівня статистичної значущості. Так, у підлітків із суїцидальною кризою, дійсно, було визначено підвищення ідентифікації із самоушкодженнями порівняно з групою підлітків несуюцидального контролю. Неявні асоціації самоушкоджень показали достатню надійність і чутливість до психіатричних змін, проте не прогностичність. Автори дослідження зауважують, що у підлітків, які вчиняли спробу самогубства, ідентифікація з неявними асоціаціями самоушкоджень більш виражена, ніж у тих, у чиєму досвіді немає спроби самогубства [285].

У своєму дослідженні інший авторський колектив – Elizabeth D. Ballard, Jessica L. Reed, Joanna Szczepanik, Jennifer W. Evans, Julia S. Yarrington, Daniel P. Dickstein, Matthew K. Nock – підтвердив, що люди, які мають сильніший зв'язок між “Я” і смертю з більшою ймовірністю вчинять спробу самогубства в майбутньому. Аби краще зрозуміти нейронні основи неявного зв'язку між “Я” і життя чи “Я” і смерть, ними було запропоновано використовувати магнітно-резонансну томографію. Автори цього дослідження сподіваються, що використання магнітно-резонансної томографії в майбутньому дозволить визначити інший тип нервової активації (асоціації) у відповідь на стимули “Я–смерть”, чи “Я–життя” [286].

До загальнішого кола питань звернене дослідження Sruthi Chunduri, Sabrina Browne, David E. Pollio, Barry A. Hong, Writtika Roy, Kimberly Roaten. Маючи за мету оцінювання й керування ризиками самогубств у психіатричній службі невідкладної допомоги, вони провели три фокус-групи із представниками психіатричної невідкладної допомоги великих міських лікарень. Усього в їх дослідженні взяли участь 15 фахівців. Проведене дослідження дозволило визначити 4 основні проблемні питання, важливі для керування ризиками самогубств у психіатричній службі невідкладної допомоги: скринінг-методики не можуть замінити клінічні судження; існуючі електронні карти не є ефективними й достатньо інформативними; конкуруючі вимоги кидають виклик психіатрам невідкладної психіатричної допомоги; дані про результати обстеження пацієнта потрібно зберігати й після його виписки [287].

Ніби продовжуючи думку попередніх дослідників, Sarah A. Arias, Edwin D. Boudreaux, Elizabeth Chen, Ivan Miller, Carlos A. Camargo Jr, Richard N. Jones задалися питанням визначення оптимального способу висвітлення інформації в медичній картці осіб, які зверталися по допомогу у відділення невідкладної допомоги з приводу суїцидальної кризи. Проаналізувавши зміст 3776 медичних карт із відділень невідкладної допомоги у США, вони дійшли висновку, що комбінація з трьох елементів – код ICD-9-CM, довільний текст, який містить скарги пацієнта, і довільні текстові діагнози виписок лікаря – дає можливість отримати дані з необхідною надійністю, чутливістю, специфічністю. Такі дані дозволили авторам надати рекомендації щодо заповнення полів медичної картки таким чином, аби вчасно і в потрібному обсязі отримувати необхідну інформацію про особу в разі повторних спроб самогубства для надання невідкладної допомоги [288].

Розділ 3

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСМЕРТНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ВЧИНИЛИ САМОГУБСТВО

Оскільки всі військовослужбовці військової служби за контрактом, у тому числі й офіцери, перед укладанням контракту і вступу на військову службу в НГУ, а також на навчання до НА НГУ проходять тестування за допомогою автоматизованого психодіагностичного субкомплексу (АПС) “Профвідбір” (“Психодіагност_2.1”), а отримані результати зберігаються в картці психологічного супроводження (КПС) військовослужбовця протягом усієї його служби, тому в дослідженні було використано саме ці результати та відповідні методи математичної статистики.

Так, методи АПС “Профвідбір” (“Психодіагност_2.1”) добиралися таким чином, аби охопити всі сфери особистості, за основу було взято класифікацію Б. Г. Ананьєва. Автор виділяв такі сфери особистості:

- темперамент;
- задатки і здібності;
- мотивація (спрямованість);
- характер;
- воля;
- почуття.

Для вивчення цих сфер бралися найбільш надійні й інформативні психодіагностичні методики для дослідження:

1) особливостей темпераменту – методика “Самооцінка структури темпераменту” Б. М. Смирнова;

2) загальних здібностей, що визначають можливість оволодіння будь-якою діяльністю, – “Прогресивні матриці” Дж. Равена;

3) особливостей мотивації вибору професії військовослужбовця – “Закрита анкета вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС”;

4) особливостей характеру і їх загострень, що погіршують пристосування до нових умов і обставин життєдіяльності, – методика “Визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту” К. Леонгарда і Х. Шмішека;

5) особливостей емоційно-вольової сфери, які свідчать про можливості подолання труднощів, перешкод, що стоять перед військовослужбовцем, – “Опитувальник суїцидального ризику” О. Г. Шмельова.

Крім того, використовувалися два тести, що є узагальненими відносно вибраної структури і їх дані використовують для уточнення даних, отриманих за наведеними вище методиками. Один із цих тестів дає узагальнену характеристику про сформовані в людини у процесі її життєдіяльності риси – “16-факторний опитувальник” Р. Кеттелла. Другий стосується особливостей пристосування особистості до нових умов, її толерантності до змін – багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність” А. Г. Маклакова.

Значущість даних, отриманих за наведеними методиками, неоднакова щодо висновку про професійну придатність до служби в НГУ. Так, найбільш значущі дані отримують за методикою Б. М. Смирнова, А. Г. Маклакова і Дж. Равена. Перша визначає психодинамічні особливості, які не підлягають кардинальним змінам і тому не можуть розвиватись у процесі професійного навчання, підготовки. Другий показує, наскільки можливі зміни у структурі професійно важливих якостей особистості, тобто наскільки перспективна підготовка цієї особи для служби в НГУ. Третя визначає спроможність опанувати нову діяльність, навчатися. Незадовільні показники за цими методиками інтерпретуються як абсолютна непридатність, тобто подальший аналіз індивідуально-психологічних особливостей кандидата на військову службу проводити недоцільно.

Усі методики комплексу належать до психодіагностичного методу – одного з дослідницьких методів психологічної науки. Його характеризує вимірювально-випробувальна спрямованість, завдяки чому досягається кількісне і якісне оцінювання явища, що вивчається. Для цього використовується стандартизований інструментарій вимірювання, в основі якого лежить поняття норми. Крім того, цей інструментарій надійний і валідний. Завдання психодіагностичного методу не обмежується кваліфікацією явища, що вивчається, обов'язковою є його інтерпретація. Психодіагностичний метод конкретизується у трьох основних діагностичних підходах (об'єктивному, суб'єктивному, проєктивному), які практично охоплюють усе різноманіття діагностичних методик.

Самооцінка структури темпераменту

Опитувальник Б. М. Смирнова дозволяє виявити низку полярних властивостей темпераменту: екстраверсія – інтроверсія, емоційна збудливість – емоційна врівноваженість, темп реакцій (швидкий-повільний), активність (висока-низька). Шкала щирості випробовуваного, коли він відповідає на запитання, дозволяє оцінити надійність отриманих результатів. Отримані за допомогою опитувальника дані дозволяють визначити виразність рис темпераменту у претендентів.

Екстраверсія-інтроверсія

Висока інтроверсія (0–6 балів). Спокійний, сором'язливий, занурений у свої переживання, відокремлений від усіх, крім близьких людей. Планує свої дії заздалегідь, полюбляє в усьому порядок і тримає свої почуття під суворим контролем. Більше схильний спілкуватися з близькими, домашній, вірний своїм прихильностям, сумирний і слухняний, утримується від галасливого товариства і нестійких партнерів. Терпимий і лояльний до чужих поглядів. Зовні – повільний, нерішучий, але це може бути обманом, оскільки ще не говорить про його внутрішній світ.

Середня інтроверсія (7–14 балів). Спокійний, сором'язливий, занурений у свої переживання, відокремлений від усіх, крім близьких людей. Планує свої дії заздалегідь, полюбляє в усьому порядок і тримає свої почуття під контролем. Схильний спілкуватися з близькими, вірний своїм прихильностям, сумирний і

слухняний, утримується від галасливого товариства і нестійких партнерів. Терпимий і лояльний до чужих поглядів.

Середня екстраверсія (14–21 балів). Комунікбельний, має багато друзів. Не любить довго читати й займатися систематичним навчанням. Імпульсивний, безтурботний і веселий, оптимістичний. У житті віддає перевагу діям і руху. Буває запальним. Емоції і почуття не завжди контролюються. Позитивні риси: енергійність, ініціативність, ентузіазм, у реалізації своїх задумів жвавий і пробивний, діяльний. Хороший організатор, цілеспрямований. З оточенням життєрадісний.

Висока екстраверсія (22–26 балів). Комунікбельний, має багато друзів. Не любить довго читати й займатися систематичним навчанням. Характерне прагнення до різного роду збуджень (як позитивних, так і негативних), схильний до ризику і пригод, діє під впливом моменту, імпульсивний, безтурботний і веселий, оптимістичний. У житті віддає перевагу діям і руху. Буває запальним. Емоції і почуття не завжди контролюються. Позитивні риси: енергійність, ініціативність, ентузіазм, прагнення до розкриття нових сторін життя, у реалізації своїх задумів жвавий і пробивний, діяльний. Хороший організатор, цілеспрямований і заповзятливий.

Ригідність-пластичність

Висока пластичність (0–2 балів). Пластичність – одна із властивостей нервової системи, що характеризує швидкість виникнення і припинення нервових процесів. Пластичність є показником легкості і швидкості пристосування людини до зовнішніх впливів.

Середня пластичність (3–8 балів). Пластичність – одна з властивостей нервової системи, що характеризує швидкість виникнення і припинення нервових процесів. Характерним є легке і швидке пристосування до зовнішніх впливів.

Середня ригідність (9–15 балів). Ригідність – ознака млявості, стереотипності реагування, виникнення істотних складностей, коли необхідно змінювати звички чи судження, умови життя й діяльності.

Висока ригідність (16–23 балів). Ригідність – утрудненість у зміні наміченої суб'єктом програми діяльності в умовах, що об'єктивно потребують її перебудови. Виявляється в такому: 1) млявість афективних (емоційних) відгуків на об'єкти емоцій, що змінюються; 2) складна перебудова системи мотивів в обставинах, які вимагають від суб'єкта гнучкості і зміни характеру поведінки; 3) труднощі перебудови сприйняття та уявлень у ситуації, що змінилася.

Емоційна збудливість – урівноваженість

Висока емоційна врівноваженість (0–3 балів). Стриманий, терплячий, небагатослівний, мудрий, урівноважений. Рівний у спілкуванні, стриманий від гніву і незворушний у ситуації стресу. Терпимий до труднощів, обмежень, помірний у своїх потребах. Це психологічно стійка особистість, яка добре адаптується до соціального середовища.

Середня емоційна врівноваженість (4–9 балів). Стриманий, небагатослівний, урівноважений. Рівний у спілкуванні, стриманий від гніву і

незворушний у ситуації стресу. Терпимий до труднощів (обмежень), помірний у своїх потребах.

Середня емоційна збудливість (10–17 балів). Чуттєвий, уразливий, делікатний, сприйнятливий до негативних сигналів іззовні, сором'язливий. Приймає все близько до серця, невпевнений у собі і боязкий. Можуть виявлятися закомплексованість, полохливість, невпевненість у собі.

Висока емоційна збудливість (18–20 балів). Особистість емоційно нестійка, схильна до всіляких психологічних відхилень, які призводять до невірноваженості. Чуттєвий, уразливий. Емоційно тонко відчуває світ, делікатний, сприйнятливий до негативних сигналів іззовні, сором'язливий. Приймає все близько до серця, невпевнений у собі і боязкий. Можуть виявлятися закомплексованість, полохливість, невпевненість у собі.

Темп реакції

Дуже повільний темп реакцій (0–4 балів). Дуже повільний перебіг і зміни психічних процесів.

Повільний темп реакцій (5–10 балів). Повільні перебіг і зміни психічних процесів.

Швидкий темп реакцій (11–19 балів). Швидкий темп перебігу і змін психічних процесів.

Дуже швидкий темп реакцій (20–22 балів). Дуже швидкий темп перебігу і змін психічних процесів.

Активність

Низький рівень активності (0–8 балів). Протилежний полюс активності виявляється у швидкому пасуванні перед труднощами, прагненні уникати будь-яких зусиль, небажанні брати відповідальність за те, що відбувається, на себе.

Активність нижче середнього (9–16 балів). Пасування перед труднощами, прагнення уникати зусиль, небажання брати відповідальність за те, що відбувається, на себе.

Активність вище середнього (17–23 балів). Ступінь енергійності, напору, з яким людина прагне впливати на навколишній світ, підкорити його собі, перетворити, долати окремі перешкоди, є вищим за середній.

Висока активність (24–26 балів). Високий ступінь енергійності, напору, з яким людина прагне впливати на навколишній світ, підкорити його собі, перетворити, долати окремі перешкоди.

Прогресивні матриці Дж. Равена

Тест, призначений для вимірювання рівня інтелектуального розвитку, запропоновано Л. Пенроузом і Дж. Равеном в 1936 р. Цей тест визначає здібності сприймати певні форми, схоплювати їх особливості, характер і взаємозв'язок, сукупність відносин, а тому й вимагає логічних міркувань. Автор вважає, що йдеться не про абсолютне вимірювання якогось абсолютного інтелекту, проте результати тесту певною мірою репрезентують інтелект.

Під час вирішення завдань тесту задіяні (працюють) три основних психічних процеси:

- увага, уважність;
- сприйняття, сприйнятливість;

– мислення, тямущість.

Щодо визначення змісту понять “увага” і “уважність” існує кілька поглядів: дехто розуміє як зосередження свідомості, інші вважають її основним елементарним чинником перцепції, що викликає спрямованість на об’єкт сприйняття або підготовку суб’єкта до сприйняття.

Під час вирішення завдань тесту увага дуже напружена, підтримує прагнення (інтерес) до вирішення. Вирішення вимагає одночасно і концентрації, і розподілу уваги. Зниження уваги завжди призводить до помилок. Крім уваги на вирішення завдань впливають рівень волі (наполегливість) і стійкість емоцій.

Таким чином, тест Дж. Равена не є тестом “чистого інтелекту”, він чутливий до гостроти й точності уваги, ясності мислення. У такому випадку йдеться про визначення здатності до систематизації і планомірності, або методичності мислення, а не про інтелект у цілому, бо тест Дж. Равена – невербальне випробування.

Матеріал чорно-білого (для дорослих) варіанта тесту складається з 60 матриць, або композицій із пропущеними елементами. Завдання поділені на 5 серій (А, В, С, Д, Е) по 12 однотипних, але зростаючої складності матриць у кожній серії. Складність завдань зростає і з переходом від серії до серії. Обстежуваний повинен вибрати серед 6–8 запропонованих варіантів елемент матриці, якого бракує.

У тесті реалізований принцип прогресивності, який полягає в тому, що виконання попередніх завдань і їх серій є своєрідною підготовкою обстежуваного до виконання наступних, тобто він навчається виконувати складніші завдання.

Кожна серія завдань складена за певними принципами. Серія А – принцип взаємозв’язку в структурі матриць. Обстежуваному потрібно додати частину зображення, якої бракує. Вважається, що під час роботи з матрицями цієї серії реалізуються такі основні розумові процеси:

– диференціація основних елементів структури та розкриття зв’язку між ними;

– ідентифікація частини структури, якої бракує, та звірення її із запропонованими зразками.

Психологічне значення: вирішення залежить від рівня уважності, рівня статичної уяви та рівня візуального розрізнення.

Серія В – принцип аналогії між парами фігур. Завдання обстежуваного полягає в пошуку аналогії між парами фігур. Він розкриває цей принцип шляхом поступової диференціації елементів. Під час вирішення використовується здатність осягати симетричність між фігурами.

Психологічне значення: здатність до лінійної диференціації та міркування на основі лінійних взаємозв’язків.

Серія С – принцип прогресивних змін у фігурах матриць. Завдання цієї серії містять складні зміни фігур відповідно до принципу їх безперервного розвитку, збагачення по вертикалі і горизонталі (підсумовування нових елементів у кінцевій фігурі, якої бракує).

Психологічне значення: виявляється здатність до динамічної, швидкої спостережливості і простежування безперервних змін, динамічна уважність, здатність уявляти.

Серія Д – принцип перегрупування фігур. Ця серія складена за принципом перестановки фігур у матрицю по горизонталі й вертикалі. Рішення вимагає дотримуватися закономірної послідовності фігур і поєднання фігур у цілісну структуру.

Психологічне значення: рішення залежить від здатності помічати кількісні і якісні зміни в упорядкуванні (складанні) фігур згідно із закономірностями використовуваних змін.

Серія Е – принцип розкладання фігур на елементи. Це найскладніша серія. Процес вирішення завдань полягає в аналізі фігур основного зображення і подальшого складання відсутньої фігури по частинах (аналітико-синтетична діяльність мислення). Тут потрібно складати і віднімати елементи фігур, змішувати частини за алгебраїчним принципом. Члена структури, якого бракує, знаходять за допомогою алгебраїчних операцій з останніми членами структури.

Отримані за тестом “сирі” бали переводяться в бали показника IQ (коефіцієнта інтелекту).

Закрита анкета вивчення мотивації професійного відбору абітурієнтів ВНЗ МВС

Анкету розроблено в науково-дослідній лабораторії соціальної і психологічної роботи ХНУВС. Методика побудована за типом оцінної шкали, що складається із 40 тверджень, кожне з яких обстежуваний оцінює за 5-бальною системою. Діагностична оцінка методики належить до восьми мотиваційних шкал, що складають мотиваційний профіль особистості:

- мотиви, пов’язані з об’єктивними соціально заданими цілями і змістом професії;
- мотиви, пов’язані з особистісним розвитком і професійним удосконалюванням;
- самостійний вибір професії;
- несамостійний вибір професії (під впливом референтної групи);
- мотиви, пов’язані із зовнішнім престижем професії і матеріальним благополуччям;
- мотиви, пов’язані з романтичною привабливістю професії;
- мотиви, пов’язані з прагненням компенсувати характерологічні недоліки;
- асоціальні мотиви (ставлення до професії як до засобу задоволення особистих асоціальних потреб).

Значущість кожного мотиву оцінюється таким чином:

- менше 11 балів – зовсім не значущий мотив;
- від 12 до 14 балів – не дуже значущий мотив;
- від 15 до 25 балів – особистісно значущий мотив.

Методика визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту

Методика розроблена Г. Шмішеком у 1970 р., має форму опитувальника, що містить 88 питань, на які потрібно відповісти “Так” або “Ні”. Методика дозволяє визначити 10 типів акцентуацій особистості: гіпертимний, застрягаючий, емотивний, педантичний, тривожно-боязкий, циклотимічний, демонстративний, неврівноважений, дистимічний, екзальтований. Максимально можливий показник за кожним типом акцентуації – 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник, вищий за 12 балів. Отримані дані можуть подаватись у вигляді профілю особистісної акцентуації.

Теоретичне підґрунтя методики становить концепція акцентуєваних особистостей К. Леонгарда, відповідно до якої всі риси особистості можна поділити на основні й додаткові. Основні риси – стрижень особистості, вони визначають її розвиток, процеси адаптації, психічне здоров'я. За значної вираженості основні риси характеризують особистість у цілому. У разі впливу несприятливих факторів вони можуть набувати патологічного характеру, руйнуючи структуру особистості. Особистості, в яких основні риси яскраво виражені, позначені К. Леонгардом як акцентуєвані. Десять типів акцентуєваних особистостей К. Леонгард досить довільно поділив на акцентуації характеру і акцентуації темпераменту.

Демонстративний тип. Центральною особливістю демонстративної особистості є потреба в самовираженні, постійне прагнення справляти враження, привертати до себе інтерес, бути в центрі загальної уваги. Елементи поведінки особистості цього типу такі: самовихваляння, розповіді про себе чи про події, в яких ця особистість посідала чільне місце. Значна частка таких розповідей насправді є або фантазуванням, або істотно прикрашеним викладом подій.

Педантичний тип. Яскраво вираженими зовнішніми проявами людей цього типу особистості є підвищена акуратність, потяг до порядку, нерішучість та обережність. Перш ніж що-небудь зробити, вони довго й ретельно все обмірковують. Очевидно, за зовнішньою педантичністю криються небажання і нездатність до швидких змін, прийняття відповідальності. Такі люди без потреби не змінюють місця роботи, а якщо це потрібно, то важко приймають майбутні зміни. Вони люблять свою роботу, звичну працю. У побуті їм властива сумлінність.

Застрагаючий тип. Цей тип особистості характеризується високою стійкістю афекту, тривалістю емоційних переживань. Образа особистих інтересів і гідності, як правило, довго не забувається і ніколи легко не пробачається. Тому оточення часто характеризує таких людей як злопам'ятних і мстивих. Для цього є підстави: переживання афекту часто поєднується в них із фантазуванням, виношуванням плану відповіді кривднику, помсти йому.

Збудливий тип. Особливість людей цього типу особистості – надзвичайно виражена імпульсивність поведінки. Манера спілкування і взаємодії з людьми значною мірою залежить не від логіки й раціонального оцінювання інших людей і своїх вчинків, дій, а зумовлена імпульсом, потягом, інстинктом або неконтрольованими мотивами. У сфері соціальної взаємодії їм властива вкрай

низька терпимість, що часто може характеризуватись як відсутність терпимості взагалі.

Гіпертимний тип. Головною вираженою особливістю людей цього типу особистості є постійне перебування в піднесеному емоційному настрої, навіть коли жодних зовнішніх приводів для цього немає. Піднесений настрій поєднується з високою активністю, жагою діяльності. Для них характерні товариськість, підвищена балакучість. На життя такі люди дивляться завжди оптимістично, не втрачаючи оптимізму і в разі виникнення труднощів і життєвих перешкод. Люди такого типу часто долають труднощі без особливих зусиль завдяки органічно властивій їм активності та діяльнісній спрямованості.

Дістимічний тип. Дістимічна особистість є протилежністю гіпертимній. Дістиміки звичайно сконцентровані на похмурих, сумних сторонах життя і на негативних його результатах. Це виявляється в усьому: поведінці, спілкуванні, особливостях сприйняття життя, окремих його подій та інших людей. Зазвичай ці люди по своїй натурі серйозні. Активність, а тим більше гіперактивність, їм абсолютно не властива.

Тривожний тип. Головною особливістю цього типу особистості є підвищена тривожність, занепокоєння з приводу можливих невдач, негативно виявляється вболівання за власну долю і долю своїх близьких. При цьому об'єктивних причин до такого занепокоєння може й не бути або вони незначні. Люди цього типу відрізняються боязкістю, іноді з проявом покори обставинам. Постійна настороженість перед зовнішніми обставинами поєднується в них із невпевненістю у своїх силах.

Циклотимічний тип. Вираженою особливістю людей цього типу особистості є постійна зміна гіпертимних і дістимічних станів. При цьому такі зміни не тільки часті, але й не випадкові. У гіпертимній фазі поведінка таких людей типова: радісні події викликають не тільки позитивні емоції, але й жагу діяльності, підвищену активність, балакучість. Сумні події не тільки засмучують, але й пригнічують. У такому стані для них характерні уповільнення реакцій, переживань і мислення, уповільнення і зниження емоційної чутливості, здатності до співпереживання та співчуття.

Екзальтований тип. Головною особливістю особистості цього типу є яскрава екзальтована реакція. Такі люди легко приходять у бурхливе захоплення від радісних подій, і найглибший відчай викликають у них сумні події. Їм властива крайня вразливість із приводу як позитивних, так і сумних подій і фактів. При цьому внутрішня вразливість і переживання поєднуються у людей цього типу з яскравим зовнішнім вираженням.

Емотивний тип. Найважливішою особливістю емотивної особистості є висока чутливість і глибина переживань у сфері тонких емоцій, що породжуються у сфері духовного життя людини. Людям цього типу властиві м'якосердя, доброта, задушевність, емоційна чутливість, високо розвинена емпатія. Усі ці особливості, як правило, добре помітні й постійно виявляються в зовнішніх реакціях і в різних ситуаціях. Характерна особливість цього типу особистості – підвищена сльозливість (очі на мокрому місці). Якщо

екзальтований тип особистості характеризується як бурхливий, поривчастий, збуджений, то цей – емотивний тип – як чутливий і вразливий.

Методика визначення типу акцентуації рис характеру й темпераменту є однією з найпоширеніших на пострадянському просторі. Доведена її ефективність під час використання у клініко-психологічних дослідженнях (В. М. Блейхер, І. В. Крук, 1986). Додаткове психометричне вивчення методики здійснено у 1998 р. Л. Ф. Бурлачуком і В. Н. Духневичем, оновлено також її норми.

У 2004 р. Ю. В. Кортнева запропонувала новий інтерпретаційний підхід у роботі з даними, отриманими за “Методикою визначення типу акцентуації рис характеру та темпераменту”. У його основу покладено принцип використання психометричного парадоксу, який дозволяє працювати з нестійкими даними, що значно навантажені за фактором соціальної бажаності. Використання нового підходу дозволило робити висновки не лише про наявність тієї чи іншої акцентуації характеру, але й деякі аспекти актуальної проблеми обстежуваного. У розробленому Ю. В. Кортневою практичному керівництві до опитувальника К. Леонгарда–Шмішека міститься детальний опис не лише окремих шкал, але і їх поєднання, приклади інтерпретації профілів.

Опитувальник суїцидального ризику

Ризик виникнення суїцидальної поведінки прямо пов'язаний з особливостями афективно-вольової сфери людини. Тому опитувальник суїцидального ризику допомагає оцінити як вольові якості, так і особливості емоційного стану особистості.

Порівняно з іншими одношкальними методиками, що так чи інакше вимірюють рівень емоційної дезадаптації (опитувальники оцінювання рівня тривожності особистості, нейротизму та ін.), в цьому опитувальнику робиться спроба якісно кваліфікувати симптоматику – виявити індивідуальний стиль і зміст суїцидальних намірів певної людини.

Опитувальник суїцидального ризику пройшов психометричну адаптацію у праці І. Ю. Белякова, виконану під керівництвом О. Г. Шмельова. На першому етапі під час обстеження 24 пацієнтів кризового стаціонару на базі лікарні № 20 м. Москви було відібрано пункти ММРІ (версія Березіна зі співавторами), що виявляють специфіку відповідей суїцидентів порівняно зі звичайними людьми. На другому етапі перелік пунктів із ММРІ доповнився низкою авторських оригінальних питань і пілотажна версія опитувальника суїцидального ризику із 72 пунктів була запропонована 77 випробовуваним із метою відбору пунктів методом екстремальних груп: 20 осіб із 77 були пацієнтами зазначеного кризового відділення лікарні № 20.

У результаті було відібрано 29 пунктів, які мали значущий коефіцієнт кореляції між відповідями на пункт і показанням до групи суїцидентів.

Зміст діагностичних концептів

Демонстративність. Бажання привернути увагу оточення до своїх нещасть, домогтися співчуття й розуміння. Із зовнішніх позицій оцінюється інколи як шантаж, істероїдне випинання труднощів. Демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини як крик по допомогу.

Найбільш суїцидонебезпечно поєднання з емоційною ригідністю, коли діалог зі світом може зайти надто далеко.

Афективність. Домінування емоцій над емоційним контролем в оцінюванні ситуації. Готовність реагувати на психотравмуючу ситуацію безпосередньо, емоційно. Крайній варіант – блокада інтелекту.

Унікальність. Сприйняття себе, ситуації і, можливо, власного життя в цілому як виняткове явище, не схоже на інші, тому можливі виняткові варіанти виходу, зокрема суїцид. Ця шкала тісно пов'язана з феноменом непроникності для досвіду, тобто з недостатнім умінням використовувати свій і чужий життєвий досвід.

Неспроможність. Негативна концепція власної особистості. Уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність, так зване вимкнення зі світу. Субшкала може бути пов'язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та іншу неспроможність. Неспроможність виражає інтрапунітивний радикал. Формула внутрішнього монологу “Я поганий”.

Соціальний песимізм. Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу як ворожого, що не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини відносини з оточенням. Соціальний песимізм тісно пов'язаний з екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції. Екстрапунітивність визначається за формулою внутрішнього монологу “Ви всі не гідні мене”.

Злам культурних бар'єрів. Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, які виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять її якоюсь мірою привабливою. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури та кіно. Крайній варіант – інверсія цінності життя і смерті. За відсутності виражених піків за іншими шкалами це може свідчити лише про естетизацію смерті. Одна з можливих внутрішніх причин культу смерті – доведена до патологічного максималізму смислової установки на самостійність: “Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування”.

Максималізм. Інфантильний максималізм ціннісних установок. Максималізація цінностей значущості найменшої втрати з одночасною мінімалізацією цінностей значущості наявних досягнень. Поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту з якоюсь однією сфери. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах.

Часова перспектива. Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильної заглибленості в ситуацію, трансформацією почуття нерозв'язності поточної проблеми, глобального страху невдач і поразок у майбутньому.

Антисуїцидальний фактор. Навіть за високої вираженості всіх інших факторів є фактор, який знижує глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку, уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичність, страх болю і фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи.

16-факторний опитувальник Р. Кеттелла

Аби мати можливість прогнозувати поведінку людини в широкому класі можливих ситуацій, психологи прагнуть виміряти базисні, або універсальні риси. Ці риси належать, як правило, до найзагальніших структурно-динамічних характеристик стилю діяльності.

Перша спроба, спрямована на виділення рис і конструювання з них системи особистості, була зроблена співробітниками Іллінойського університету під керівництвом Р. Кеттелла у процесі розроблення групи багатофакторних особистісних опитувальників.

Прагнучи добитися систематичної класифікації рис особистості, Р. Кеттелл застосував новаторський метод факторного аналізу до розробки особистісних опитувальників. Характерною особливістю підходу Р. Кеттелла є ставлення до факторного аналізу не як до способу скорочення розмірності даних, а як до методу виявлення базисних, причинних рис особистості.

Щоб отримати вичерпні відомості про особливості поведінки, Р. Кеттелл проаналізував усі назви рис особистості, що містив словник, складений Г. Олпортом і Х. Одбертом у 1936 р. Таких слів виявилось 4,5 тис. Цей перелік Р. Кеттелл звів до 171 синонімічної групи, позначивши кожен одним словом, що найточніше відображає основний зміст відповідної риси. Потім вибірку зі 100 дорослих людей експерти (близькі цих людей) оцінювали за кожною зі 171 змінних. Потім список змінних скоротили за допомогою вибору експертами найбільш значущих рис до 36 назв. Додавши до них 10 термінів, узятих в інших дослідників, Р. Кеттелл за скороченим списком отримав оцінки поведінки ще 208 осіб. Факторний аналіз цих оцінок зумовив створення того, що було названо першоджерелом рис особистості. На його основі розроблено опитувальник 16 PF, що складається з великої кількості пунктів, які стосуються життєвих ситуацій. На кожний пункт слід дати один із трьох варіантів відповіді: “так”, “ні”, “не знаю”. Опитувальник призначений для осіб віком 16 років і старше.

За допомогою цього опитувальника можна оцінити кожного випробовуваного за 16 факторами. Кожен із них позначається літерами латинського алфавіту і має побутову та технічну назви. Як побутові, так і технічні назви факторів даються в біполярній формі і супроводжуються списком найбільш значущих поведінкових проявів. Крім того, до кожного фактора додається його інтерпретація (див. табл. 3.1). Опис фактора складається з кількох частин: позначення фактора літерою; оцінка полюсів у балах; популярна (побутова) назва фактора; комплекс найяскравіших рис особистості, що характеризують фактор.

Отримані результати виражаються у стенах із максимальним значенням 10 і середнім 5,5. Потім будується профіль особистості, в аналізі якого керуються ступенем вираженості кожного фактора в зіставленні з нормами (4–7).

Таблиця 3.1 – Порівняльний опис властивостей особистості

1	2
Фактор А: замкнутість – товарицькість	
Низькі оцінки (0–6 балів)	Високі оцінки (7–12 балів)
А– Скритність, відособленість, відчуженість, недовірливість, нетоварицькість, замкнутість, критичність, схильність до об'єктивності, ригідності, до зайвої суворості в оцінці людей. Труднощі в установленні міжособистісних, безпосередніх контактів	А+ Товарицькість, відкритість, природність, невимушеність, готовність до співпраці, пристосованість, увага до людей, готовність до спільної роботи, активність в усуненні конфліктів у групі, готовність підкорятися. Легкість у встановленні міжособистісних, безпосередніх контактів
Фактор В: інтелект	
Низькі оцінки (0–3 бали)	Високі оцінки (4–8 балів)
В– Конкретність і деяка ригідність мислення, труднощі у вирішенні абстрактних завдань, знижена оперативність мислення, недостатній рівень загальної вербальної культури	В+ Розвинуте абстрактне мислення, оперативність, кмітливість, здатність швидко навчатися. Досить високий рівень загальної культури, особливо вербальної
Фактор С: емоційна нестабільність – емоційна стабільність	
Низькі оцінки (0–6 балів)	Високі оцінки (7–12 балів)
С– Емоційна нестійкість, імпульсивність. Людина перебуває під впливом почуттів, мінлива в настроях, легко засмучується, нестійка в інтересах. Низька толерантність стосовно фрустрації, дратівливість, утомлюваність	С+ Емоційна стійкість, витриманість; людина емоційно зріла, спокійна, стійка в інтересах, працездатна, може бути ригідною, орієнтована на реальність
Фактор Е: підпорядкованість – домінантність	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
Е– М'якість, поступливість, тактовність, лагідність, люб'язність, залежність, покірливість, послужливість, шанобливість, сором'язливість, готовність брати на себе провину, скромність, експресивність. Людина схильна легко виходити з рівноваги	Е+ Самостійність, незалежність, наполегливість, упертість, свавільство, іноді конфліктність, агресивність, відмова від визнання зовнішньої влади, схильність до авторитарної поведінки, жага захоплення, бунтарство
Фактор L: довірливість – підозрілість	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
L– Відкритість, терпимість, слухняність. Свобода від заздрості, поступливість. Можливе відчуття власної незначущості	L+ Обережність, егоцентричність, настороженість стосовно людей. Схильність до ревнощів, прагнення покласти відповідальність за помилки на оточення, дратівливість
Фактор F: стриманість – експресивність	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
F– Розсудливість, обережність, розважливість у виборі партнера по спілкуванню.	F+ Життєрадісність, імпульсивність, захопленість, безпечність, нерозважливість у виборі

Продовження табл. 3.1

1	2
Схильність до заклопотаності, турботи про майбутнє. Песимістичність у сприйнятті дійсності, стриманість у прояві емоцій	партнера по спілкуванню, соціальні контакти є емоційно значущими. Експресивність, експансивність, емоційна яскравість у стосунках між людьми. Динамічність у спілкуванні, що передбачає лідерство в групах
Фактор G: низька нормативність поведінки – висока нормативність поведінки	
Низькі оцінки (0–6 балів)	Високі оцінки (7–12 балів)
G– Схильність до мінливості, впливу почуттів, випадку та обставин. Потурає своїм бажанням, не докладає зусиль до виконання групових вимог і норм. Неорганізованість, безвідповідальність, імпульсивність, відсутність згоди із загальноприйнятими моральними правилами та стандартами, гнучкість щодо соціальних норм, свобода від їх впливу, іноді безпринципність і схильність до асоціальної поведінки	G+ Добросовісність, відповідальність, стабільність, урівноваженість, наполегливість, схильність до моралізування, розумність, сумлінність. Розвинуте почуття обов'язку і відповідальності, усвідомлене дотримання загальноприйнятих моральних правил і норм, наполегливість у досягненні мети, ділова спрямованість
Фактор H: боязкість – сміливість	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
H– Сором'язливість, емоційна стриманість, боязкість, обережність, соціальна пасивність, делікатність, уважність до інших, підвищена чутливість до загрози. Віддається перевага індивідуальному стилю діяльності та спілкуванню в малій групі (2–3 особи)	H+ Сміливість, заповзятливість, активність. Людина має емоційні інтереси. Готовність до ризику і співробітництва з незнайомими людьми в незнайомих обставинах, здатність приймати самостійні, неординарні рішення, схильність до авантюризму і прояву лідерських якостей
Фактор I: жорсткість – чутливість	
Низькі оцінки (0–5 балів для чоловіків, 0–6 балів для жінок)	Високі оцінки (6–12 балів для чоловіків, 7–12 балів для жінок)
I– Несентиментальність, самовпевненість, суворість, розсудливість, гнучкість у судженнях, практичність, іноді деяка жорсткість і черствість у ставленні до оточення, раціональність, логічність	I+ Чутливість, уразливість, багатство емоційних переживань, схильність до романтизму, художнє сприйняття світу, розвинені естетичні інтереси, артистичність, жіночність, схильність до емпатії, співчуття, співпереживання та розуміння інших, емоційність
Фактор M: практичність – мрійливість	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
M– Висока швидкість вирішення практичних завдань, прозаїчність, орієнтація на зовнішню реальність, розвинена конкретна уява, практичність, реалістичність	M+ Людина поглинута своїми ідеями, внутрішніми ілюзіями (витає у хмарах). Характерна побутова уява. Легкість відмови від практичних суджень, уміння оперувати абстрактними поняттями, орієнтованість на свій внутрішній світ, мрійливість

Продовження табл. 3.1

1	2
Фактор N: прямолінійність – дипломатичність	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
N– Характерна відвертість, простота, наївність, прямолінійність, нетактовність, природність, безпосередність, емоційність, недисциплінованість, невміння аналізувати мотиви партнера. Відсутність проникливості, простота смаків. Задовольняється тим, що є	N+ Характерна вишуканість, уміння вести себе в товаристві. У спілкуванні дипломатичний, проникливий, обережний, хитрий, іноді ненадійний. Уміє знаходити вихід зі складних ситуацій, розважливий
Фактор O: спокій – тривожність	
Низькі оцінки (0–6 балів)	Високі оцінки (7–12 балів)
O– Характерні безтурботність, самовпевненість, життєрадісність, упевненість у собі і своїх силах, не боязливість, холонокровність, спокій, відсутність каяття та почуття провини	O+ Занепокоєння, заклопотаність, уразливість, іпохондричність, вплив настрою, страх, не впевненість у собі. Схильність до передчуття, самозвинувачення та депресій. Чутливість до схвалення оточення, почуття провини і невдоволення собою
Фактор Q₁: консерватизм – радикалізм	
Низькі оцінки (0–6 балів)	Високі оцінки (7–12 балів)
Q ₁ – Консервативність, стійкість щодо традицій. Характерні сумніви стосовно нових ідей і принципів, схильність до моралізації і моралей, опір змінам, вузькість інтелектуальних інтересів, орієнтація на конкретну реальну діяльність	Q ₁ + Вільнодумство, експериментаторство, наявність інтелектуальних інтересів, розвинене аналітичне мислення, сприйнятливості до змін, нових ідей. Недовіра авторитетам, відмова приймати що-небудь на віру. Спрямованість на аналітичну, теоретичну діяльність
Фактор Q₂: конформізм – нонконформізм	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
Q ₂ – Залежність від думок і вимог групи, соціабельність, слідування за громадською думкою, прагнення працювати і приймати рішення разом з іншими людьми. Низька самостійність, орієнтація на соціальне схвалення	Q ₂ + Незалежність, орієнтація на власні рішення, самостійність, винахідливість. Прагнення мати власну думку. При крайніх високих оцінках схильність до протиставлення себе групі і бажання в ній домінувати
Фактор Q₃: низький самоконтроль – високий самоконтроль	
Низькі оцінки (0–5 балів)	Високі оцінки (6–12 балів)
Q ₃ – Низька дисциплінованість, потурання своїм бажанням. Залежний від настроїв. Невміння контролювати свої емоції і поведінку	Q ₃ + Цілеспрямованість, сильна воля, уміння контролювати свої емоції і поведінку

Кінець табл. 3.1

1	2
Фактор Q ₄ : розслабленість – напруженість	
Низькі оцінки (0–7 балів)	Високі оцінки (8–12 балів)
Q ₄ – Розслабленість, млявість, апатичність, спокій, низька мотивація, зайва задоволеність, незворушливість	Q ₄ + Зібраність, енергійність, напруженість, фрустрованість, підвищена мотивація, неспокій, напруженість, дратівливість
Фактор MD	
Низькі оцінки (0–4 бали)*	Високі оцінки (10–14 балів)
MD– Невдоволення собою, невпевненість у собі, зайва критичність стосовно себе	MD+ Переоцінка своїх можливостей, Самовпевненість і задоволеність собою

Крім наведених факторів першого порядку в результаті подальшої факторизації Р. Кеттелл виділив загальніші фактори другого порядку. У різних працях їх було від 4 до 8. Нами використана форма методики, що має 4 фактори другого порядку.

1. Комунікативний блок утворюють фактори А, Н, F, E, Q₂, G, N.
2. Інтелектуальний блок утворюють фактори Y, Q₁, E, M.
3. Емоційний блок утворюють фактори С, I, O, Q₄, Q₃, F, G, L.
4. Самооцінка утворює фактор MD – показник розвитку самосвідомості у структурі особистості.

Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність”

Уперше опитувальник було опубліковано А. Г. Маклаковим у 1994 р. і з цього часу він посів гідне місце серед психодіагностичного інструментарію військових психологів, одним із завдань яких є професійний психологічний відбір та адаптація новобранців до умов несення служби.

Теоретичним підґрунтям цієї методики стало розуміння адаптації як постійного процесу активного пристосування до умов фізичного і соціального середовища, який стосується всіх рівнів функціонування людського організму і психіки. Ефективність адаптації залежить як від генетично зумовлених властивостей нервової системи, так і від умов виховання, від того, наскільки адекватно людина сприймає себе і свої соціальні зв'язки, наскільки адекватно порівнює свої потреби з наявними можливостями і усвідомлює мотиви своєї поведінки. На переконання автора, спотворене або недостатньо розвинене уявлення про себе призводить до порушення адаптації, що може супроводжуватися підвищеною конфліктністю, нерозумінням своєї соціальної ролі, зниженням працездатності, погіршенням стану здоров'я. Випадки глибокого порушення адаптації можуть спричинити розвиток хвороб, зрив професійної діяльності, антисоціальні вчинки.

В основу методики “Адаптивність” А. Г. Маклаков поклав “Стандартизований багатфакторний метод дослідження особистості” (СБМДО, який є адаптацією ММРІ, виконаною Л. М. Собчик). Твердження методики “Адаптивність” відбирались із СБМДО на основі логічного аналізу. Усього було відібрано 165 тверджень, узагальнюючи які автор розробив такі шкали:

“Нервово-психічна стійкість”, “Самооцінка особистості”, “Соціальна підтримка (особистісна референтність)”, “Принципи міжособистісних контактів (конфліктність)”, “Досвід спілкування (товариськість)”, “Морально-етична орієнтація”, “Групова ідентифікація (орієнтація на дотримання вимог колективу)”. Змістовна валідність цих шкал була оцінена залученими компетентними експертами (фахівцями-психологами і психофізіологами). Емпірична валідизація здійснювалася на основі аналізу кореляційних зв'язків експериментальних шкал із тестом “Прогноз”, СБМДО, методикою “Ситуації”.

На наступному етапі роботи над опитувальником А. Г. Маклаковим проаналізовано взаємозв'язки отриманих шкал і проведено факторний аналіз, який дозволив об'єднати вказані шкали у три фактори другого порядку з відповідною інтерпретацією. “*Поведінкова регуляція*”: “Нервово-психічна стійкість” (0,744); “Самооцінка особистості” (0,713); “Соціальна підтримка” (0,628). “*Комунікативний потенціал*”: “Принципи міжособистісних контактів (конфліктність)” (0,779); “Досвід спілкування (товариськість)” (0,757). “*Моральна нормативність*”: “Морально-етична орієнтація” (0,766); “Групова ідентифікація” (0,734). Подальший аналіз довів, що фактори другого порядку взаємопов'язані і входять до одного фактора третього порядку, який було проінтерпретовано як “Особистісний адаптаційний потенціал” (ОАП). Автор виділив 4 рівні розвитку адаптаційних здібностей. Проведені ним дослідження з визначення психометричних характеристик методики довели, що показник ОАП несе інформацію про відповідність загальноприйнятій психічній нормі.

Здійснене А. Г. Маклаковим співвіднесення показників ОАП з успішністю професійного навчання і з ефективністю професійної діяльності поставило багаторівневий особистісний опитувальник у низку методик, призначених для професійного психологічного відбору.

Подальші дослідження автора методики дозволили йому у 2001 р. опублікувати статтю, в якій доводилася можливість використання ОАП – інтегрального показника за методикою “Адаптивність” – для диференціації військовослужбовців за ступенем стійкості до впливу психоемоційних стресорів, що уможливило вирішення завдання прогнозування ефективності діяльності військовослужбовців в екстремальних умовах. Дослідження автора, присвячені визначенню показників ОАП у льотчиків і моряків, які пережили екстремальні ситуації, сформувавши інтерес до цієї методики у фахівців, які займаються не лише питаннями професійного психологічного відбору та адаптації, а й реабілітацією, реадаптацією учасників бойових дій.

На початку двотисячних років опитувальник було адаптовано до вибірки українських правоохоронців. У 2010 р. в науково-дослідній лабораторії морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності військовослужбовців НГУ здійснилася його рестандартизація для вибірки військовослужбовців НГУ і його внесли до автоматизованого психодіагностичного субкомплексу “Профвідбір”. Відтоді опитувальник “Адаптивність” увійшов у практику постійного використання психологів НГУ. Сьогодні його офіційний статус як психодіагностичного інструментарію

психологів НГУ закріплено чинною Інструкцією про порядок організації та здійснення професійного психологічного відбору.

Методи математичної статистики

Кластерний аналіз

Методику кластерного аналізу вперше описав Р. Трайон у 1939 р. Ця група статистичних методів належить до категорії класифікаційного аналізу і дозволяє віднести змінні одного чи окремих респондентів до тієї чи іншої однорідної групи, які значущо відрізняються одна від одної. У цьому випадку його використовували для сегментування респондентів. Розподіл респондентів на групи проводиться на підставі їхніх індивідуальних параметрів. Конкретні значення цих індивідуальних характеристик, виявлені в результаті дослідження, дозволяють розрахувати так звані міри подібності, чи відстані між елементами. Використовуючи міри подібності, елементи об'єднують у групи на підставі подібності їх характеристик. Міри відстані передбачають віднесення до однієї групи тих елементів, які істотно відрізняються від усіх інших, але не один від одного. Кластерний аналіз має низку етапів. Починається з того, що всі досліджувані елементи відносять до груп, кількість яких дорівнює кількості цих елементів. Потім критерії унікальності цих елементів поступово послаблюються, дозволяючи об'єднати кілька більш-менш подібних елементів в один кластер. Така процедура може проводитися доти, поки не залишиться всього один кластер, який містить усі вихідні елементи. Оскільки кластерний аналіз не передбачає наявності заздалегідь визначених груп, до яких потрібно відносити елементи, головне завдання дослідника полягає у визначенні того кроку в процесі об'єднання, на якому слід зупинити процедуру. Отримані на цьому кроці кластери і стануть результатом сегментування. У дослідженні застосовувався ієрархічний спосіб кластерного аналізу: автоматизована статистична процедура дозволяє у найбільш автономному від дослідника режимі визначити оптимальну кількість кластерів, а також низку інших параметрів, необхідних для кластерного аналізу. Немає потреби самостійно визначати точну кількість кластерів, які виділяються, і початкові значення центрів кожного кластера, тому його можуть використовувати дослідники з мінімальним знанням статистичних методів. Важливо лише правильно визначитися з критеріями сегментування та дескрипторами сегментів. Процедура кластерного аналізу широко використовується для розподілу респондентів на групи. Кластерний аналіз дозволяє науково обґрунтувати здійснене групування. Для цього слід увести значення кожного параметра у SPSS і виконати кластерний аналіз над цими даними. Зберігши кластерне рішення для необхідної кількості груп у вигляді нової змінної, отримують статистично обґрунтоване групування.

Порівняння виділених за допомогою кластерного аналізу груп військовослужбовців, які вчинили суїцид, між собою і з загальною вибіркою військовослужбовців здійснювалося за допомогою t-критерію Стьюдента. Цей критерій використовується для визначення достовірності розбіжностей середніх арифметичних. Його рекомендовано використовувати для порівняння невеликих за обсягом вибірок, характерних для біологічних і клінічних досліджень. Він обчислюється за формулою:

$$t = \frac{M_1 + M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

де M_1 та M_2 – значення порівнюваних середніх арифметичних; m_1 та m_2 – відповідні значення статистичних помилок середніх арифметичних.

Зазначимо, що зі зменшенням обсягу вибірки ($n < 10$) критерій Стьюдента стає чутливим до форми розподілу ознаки, яка вивчається в генеральній сукупності.

У дослідженні було використано дані військовослужбовців, які вчинили самогубство у 2014 р. – початок 2019 р. Саме в цей період відбулося значне збільшення (у декілька разів порівняно з попереднім 2013 р.) випадків самогубств. На цьому часовому відрізку було виділено два періоди.

2014–2016 р. – період, коли до служби залучалася велика кількість військовослужбовців за мобілізацією і був поновлений набір на військову строкову службу до НГУ. Військовослужбовці НГУ в цей період брали активну участь у бойових діях в АТО на першій лінії.

2017 р. – початок 2019 р. – період, коли закінчилося залучення до виконання службово-бойових завдань військовослужбовців за мобілізацією. Військовослужбовці НГУ виконують завдання переважно на 2–3 лініях ООС, проте частина військовослужбовців накопичила з 2014 р. до 5–8 відряджень до зони бойових дій. Військовослужбовці строкової служби хоча й не залучаються до несення служби в зоні бойових дій, проте, компенсуючи відсутність військовослужбовців військової служби за контрактом, які перебувають у відрядженнях у зоні ООС, мають дуже інтенсивний графік служби, передусім добових чергувань.

Оскільки у 2014 р. кількість військовослужбовців НГУ було значно збільшено за рахунок військовослужбовців за мобілізацією та строкової служби, психологи військових частин не завжди мали можливість провести повне (за 7 основними тестами АПС “Профвідбір”) обстеження. За цей період для статистичного аналізу було відібрано дані 12 військовослужбовців, які вчинили суїцид у 2014–2016 рр. і в КПС яких були дані за 4 основними методиками: БОО “Адаптивність” (А. Г. Маклаков), “Методика визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту” (К. Леонгард та Х. Шмішек), 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла, “Опитувальник суїцидального ризику” (О. Г. Шмельов).

Для встановлення особливостей суїцидентів у період 2017 р. – початку 2019 р. було використано психодіагностичні дані 18 військовослужбовців-суїцидентів, у КПС яких були дані за 7 основними тестами АПС “Профвідбір”.

Таким чином, специфіка вирішуваних у цьому дослідженні завдань накладає суттєві обмеження на побудову дослідження та вибір методів. Так, урахувавши, що на кожного військовослужбовця у картці психологічного супроводу обов’язково містяться дані проходження професійного психологічного відбору, методики якого дозволяють оцінити всю структуру особистості, як її виділив Б. Г. Ананьєв, а також те, що особливості

військовослужбовців, які скоїли закінчений суїцид, можна досліджувати лише постфактум, то саме дані КПС покладені в основу дослідження.

Крім того, вирішальними для побудови дослідження стали сучасні уявлення вітчизняних психологів про необхідність виділення фаз суїцидальної активності і неоднорідність суїцидальної мотивації (типів особистості суїцидентів) у виділених фазах.

Існуюча статистика завершених суїцидів серед військовослужбовців показала, що значний стрибок суїцидальної активності серед військовослужбовців НГУ відбувся у 2014 р. Відтоді до 2019 р. (до часу забору статистичних даних) умовно можна виділити дві фази (2014–2016 рр., 2017 р. – початок 2019 р.), які відрізняються відсотком залучення недостатньо підготовлених військовослужбовців до участі в бойових діях (військовослужбовці військової служби за мобілізацією, строкової служби), інтенсивністю дії стрес-факторів під час виконання службово-бойових завдань на військовослужбовців і рівнем спеціальної професійної психологічної підготовки до дій у бойових умовах.

Для відпрацювання тези про різноманіття підстав скоєння суїциду виникла потреба використати в дослідженні процедуру кластерного аналізу, завдяки якій групи, виділені за фазами суїцидальної активності, можливо розділити на щільні підгрупи на підставі узагальнення їх особистісних особливостей.

Ураховуючи статистично невеликі обсяги сформованих таким чином груп і підгруп, для їх порівняння доцільно використовувати t-критерій Стюдента, який добре себе зарекомендував у роботі з малими за обсягом вибірками.

Розділ 4

РОЗРОБЛЕННЯ ТИПОЛОГІЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НГУ, ЯКІ ВЧИНИЛИ САМОГУБСТВО

4.1 Визначення типів військовослужбовців-суїцидентів, які вчинили самогубство у 2014–2016 рр.

Узагальненню було піддано дані 12 осіб, які вчинили самогубство і щодо яких наявні дані за чотирма методиками:

- Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність”;
- “16-факторний особистісний опитувальник” (1) Р. Кеттелл;
- “Методика визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту” (К. Леонгард та Х. Шмішек);
- “Опитувальник суїцидального ризику” (О. Г. Шмельов).

Процедура кластерного аналізу дозволила виділити в цій вибірці одну однорідну стійку підгрупу з 10 осіб, яку було позначено як перший тип суїцидального ризику.

Опишемо виділену підгрупу (тип), порівнюючи її дані з даними загальної вибірки військовослужбовців НГУ та вибірки військовослужбовців НГУ, які за даними експертного оцінювання характеризуються високою професійною ефективністю. У ці групи увійшло 682 і 99 осіб відповідно. Необхідні для цього статистичні дані наведено в табл. 4.1.

Таблиця 4.1 – Особливості структури особистості військовослужбовців, які вчинили самогубство у 2014–2016 рр. (в умовних одиницях)

1	Шкали	Групи		Значущість розбіжностей	
		Загальна вибірка в/сл.	В/сл., які вчинили суїцид у 2014–2016 рр.	t	p
2	3	4	5	6	
БОО Адаптивність (А. Г. Маклаков)					
1	Імовірність	5,49±3,10	5,00±2,20	0,62	–
2	Адаптивність	27,73±10,90	30,50±7,67	1,01	–
3	Нервово-психічна стійкість	12,26±6,98	13,13±4,88	0,50	–
4	Комунікативні якості	8,88±3,46	9,13±1,36	0,49	–
5	Моральна нормативність	6,59±2,58	8,25±2,92	1,60	–
Опитувальник суїцидального ризику (О. Г. Шмельов)					
6	Демонстративність	15,10±16,69	15,00±17,73	0,02	–
7	Афективність	15,77±17,31	14,63±18,73	0,17	–
8	Унікальність	6,80±14,48	7,50±10,35	0,19	–
9	Неспроможність	23,49±11,32	22,50±12,82	0,22	–
10	Соціальний песимізм	45,27±20,12	48,00±21,35	0,36	–
11	Злам культурних бар'єрів	31,82±19,17	33,13±17,91	0,20	–
12	Максималізм	17,45±24,76	0,00±0,00	18,41**	0,01
13	Часова перспектива	16,84±13,82	16,75±12,48	0,02	–
14	Антисуїцидальний фактор	36,73±31,77	43,75±32,04	0,62	–

Кінець табл. 4.1

1	2	3	4	5	6
16-факторний особистісний опитувальник (Р. Кеттелл)					
15	Md (низька – висока самооцінка)	9,19±2,66	9,00±2,12	0,26	–
16	A (замкнутість-товариськість)	8,55±2,06	9,11±1,45	1,07	–
17	B (низький-високий інтелект)	3,80±1,48	4,44±1,74	1,04	–
18	C (ем. нестабільність - стабільність)	9,42±1,73	9,22±2,22	0,25	–
19	E (підлеглість-домінантність)	5,97±2,13	5,67±1,00	0,85	–
20	F (стриманість-експресивність)	5,74±1,79	5,56±2,13	0,24	–
21	G (низька-висока нормативність)	8,47±1,96	7,78±2,77	0,70	–
22	H (боязкість-сміливість)	8,06±1,89	7,11±2,32	1,15	–
23	I (жорсткість-чутливість)	5,03±1,92	4,56±2,51	0,53	–
24	L (довірливість-підозрілість)	4,45±1,90	4,33±0,87	0,39	–
25	M (практичність-мрійливість)	5,01±2,20	5,11±1,54	0,18	–
26	N (прямолінійність-дипломатичність)	5,21±1,75	4,78±1,48	0,82	–
27	O (спокійність-тривожність)	4,44±2,50	4,22±2,91	0,22	–
28	Q ₁ (консерватизм-радикалізм)	6,33±2,29	5,78±2,54	0,62	–
29	Q ₂ (конформізм-нонконформізм)	4,52±1,83	4,56±1,94	0,05	–
30	Q ₃ (низький-високий самоконтроль)	7,48±1,64	7,00±0,87	1,53	–
31	Q ₄ (розслабленість-напруженість)	3,48±1,93	4,00±2,06	0,71	–
Методика визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту (К. Леонгард і Х. Шмішек)					
32	Гіпертимний	16,90±4,31	18,00±4,54	0,68	–
33	Застрягаючий	11,49±2,75	14,00±1,51	4,61**	0,01
34	Емотивний	9,86±5,28	11,63±4,66	1,07	–
35	Педантичний	10,15±4,42	12,50±1,77	3,62**	0,01
36	Тривожно-боязкий	3,95±4,18	4,13±2,75	0,18	–
37	Циклотимічний	9,12±3,44	12,00±3,21	2,52*	0,05
38	Демонстративний	13,50±3,70	17,50±3,66	3,07**	0,01
39	Неврівноважений	5,54±3,86	8,63±4,37	1,99*	0,05
40	Дистимічний	9,21±2,98	7,13±2,75	2,13*	0,05
41	Екзальтований	10,52±4,01	11,25±2,12	0,95	–

Дані багаторівневого особистісного опитувальника “Адаптивність” наведено в “сирих” балах, бо переведення у стени дещо огрублює результати. Із наведених даних видно, що військовослужбовці, які скоїли суїцид, мали показники, що на статистичному рівні практично не відрізняються від показників двох інших груп порівняння. Так, у стенах за кожною зі шкал військовослужбовці, які вчинили самогубство, мають у середньому на один бал менше, ніж представники двох інших груп. Результати дозволяють віднести їх до 3-ї групи адаптаційних здібностей. Зменшення ОАП відбувається насамперед за рахунок показників моральності.

Проведений аналіз службових розслідувань засвідчив, що близько п'ятої частини всіх військовослужбовців НГУ, які скоїли самогубство, мають в анамнезі дисциплінарні стягнення, правопорушення, порушення наказів, інструкцій, законності. Крім того, під час аналізу цих розслідувань встановлено, що всі без винятку військовослужбовці, які вчинили самогубство, мали деструкцію родинних стосунків чи структури родини (крім випадку скоєння суїциду на фоні шизофренії), яка проявлялась у такому: відсутність

одного з батьків; ненависть до біологічного батька і прагнення змінити прізвище на фоні авторитарності вітчима; тяжка хвороба одного з батьків; інвалідність одного з батьків; наявність у родині засудженого; конфлікти з родиною через алкоголізм самого суїцидента; наявність коханки; проблеми в інтимній сфері; втручання в родинні стосунки тещі тощо.

За "16-факторним особистісним опитувальником" не виявлено значущих розбіжностей показників військовослужбовців, які вчинили самогубство, із показниками військовослужбовців загальної вибірки та з високою професійною ефективністю. Особистісний профіль військовослужбовців, які вчинили самогубство, вкладений у загальний профіль військовослужбовців НГУ. Оскільки методику Р. Кеттелла розроблено таким чином, що полюси (низькі й високі значення за шкалою) не несуть в собі позитивного чи негативного значення, а це значення набувається, коли враховуються індивідуальні особливості, професійна діяльність і стосунки в групі, то доцільно наводити узагальнений портрет особистості військовослужбовця, який вчинив самогубство, використовуючи інтерпретаційну схему, запропоновану А. Н. Капустіною.

Так, соціально-психологічні особливості (екстраверсію-інтроверсію) військовослужбовців, які вчинили самогубство, можна описати такою формулою: A^+ , F^0 , H^+ . Отже, для цих військовослужбовців поряд із відкритістю, товариськістю, активністю в установленні як міжособистісних, так і соціальних контактів, достатньою емоційною зрілістю (помірною експресивністю та імпульсивністю), готовністю до співпраці з малознайомими людьми в малознайомій обстановці характерна здатність проявляти соціальну сміливість, приймати самостійні, неординарні рішення, які можуть виходити за певні рамки моральних норм, і в яких вони не завжди зважають на інтереси близьких.

Комунікативні якості зазначеної групи військовослужбовців описуються як E^0 , Q_2^- , G^0 , N^- , L^- . Відповідно, у цих військовослужбовців помірно виражені незалежність, норовливість, орієнтація на власні рішення поєднуються з певною вразливістю у стосунках із референтною групою (відкритістю, відвертістю, щирістю, залежністю від думки свого близького оточення).

Для емоційно-вольових характеристик особистості цих військовослужбовців (C^+ , O^- , Q_3^+ , Q_4^- , I) характерні емоційна стійкість, упевненість у собі і своїх силах, спокійне адекватне сприйняття дійсності, вміння контролювати свої емоції та поведінку, які поєднуються із самовпевненістю, суворістю, байдужістю.

Зазначимо, що попередньо здійснений аналіз показав: інтерпретація вольових рис особистості як фактора суїцидального ризику є досить складним завданням. Так, за його даними аналізу розслідувань скоєних військовослужбовцями самогубств було встановлено, що в переважній більшості військовослужбовців (без урахування мобілізованих і військовослужбовців строкової служби) вольові риси були розвинені вище середнього. Проте саме вольове зусилля забезпечує перехід від вольових намірів до суїцидальної спроби. Аналіз наявних службових розслідувань дозволяє припустити, що лише воля, заснована на мотивації обов'язку

(інтеріоризації норм суспільства), є антисуїцидальним фактором, інші види волі (наприклад, заснованої на фізичній витривалості) не мають такої стримувальної сили. Так, серед мобілізованих, які вчинили суїцид, були особи, що серйозно займалися спортом.

Інтелектуальні характеристики (B^+ , M^0 , Q_1^-) свідчать про оперативність, рухливість мислення, ерудованість, середньо розвинене уявлення, які в цієї групи військовослужбовців поєднуються з критичністю, консерватизмом у прийнятті нового, деяким звуженням інтелектуальних інтересів.

Як уже зазначалося, наведений опис за даними методики Р. Кеттелла на статистичному рівні не відрізняється від інших двох груп військовослужбовців. Звісно постфактум, знаючи, що сталося, можна звернути особливу увагу на такі характеристики, як здатність проявляти соціальну сміливість, приймати самостійні, неординарні рішення, які можуть виходити за певні рамки моральних норм; поєднання у структурі особистості орієнтації на власні рішення з певною вразливістю у стосунках із референтною групою; критичність, консерватизм у прийнятті нового, деяке звуження інтелектуальних інтересів, контрольованість емоцій і поведіння, що поєднується із самовпевненістю, суворістю, байдужістю тощо. Проте на етапі професійного психологічного відбору, наступних моніторингів такі особливості (за результатами) навряд чи привернуть увагу психолога. У цьому плані більш діагностичною для психолога може стати зміна звичної форми поведінки. Так, повертаючись до аналізу розслідувань, зазначимо, що в деяких випадках (дані за Р. Кеттелом на той час були менше ніж у 20 % із вибірки військовослужбовців, які вчинили суїцид) характеристика, отримана за тестом Р. Кеттелла, не збігалася з характеристиками загиблого, що наводили люди, які контактували з ним протягом одного-двох місяців до загибелі: товариші по службі, командири, у яких брали пояснення під час розслідувань загибелі військовослужбовця. Зокрема, встановлена за “16-факторним опитувальником” товариськість, відвертість в таких описах контрастувала із замкнутістю та відлюдкуватістю.

Крім того, варто пам'ятати, що мотиви, причини і способи вчинення самогубства відповідають особистості загиблого, саме тому під час розслідувань фактів загибелі військовослужбовців унаслідок самогубства приділяється особлива увага розробленню психологічного портрета загиблого. Так, особа чинить самогубство через те, що дійсно є важливим для неї; її ставлення до болю, до оточення відбивається у способах скоєння суїциду.

Найбільшу кількість розбіжностей між даними військовослужбовців, які вчинили самогубство, і даними за двома іншими групами військовослужбовців виявлено за методикою Леонгарда – Шмішека. Показники військовослужбовців, які вчинили самогубство, у більшості випадків є вираженішими, хоча й не завжди сягають рівня акцентуації. Виняток становить шкала “Дистимічність”, за якою показники значно менші, ніж у двох інших груп, з якими здійснюють порівняння. Інтерпретаційна схема, яка дозволяє використовувати опитувальник Леонгарда – Шмішека для діагностики актуальної проблеми, запропонована Ю.В. Кортневою. Дані такої інтерпретації актуальні протягом

6 місяців. Усі використані в дослідженні дані – результат обстеження військовослужбовців, які проходили психодіагностичне обстеження перед укладанням першого контракту на військову службу. Це особи, які нещодавно прийшли на строкову службу чи були мобілізовані. Їхнім мотивом укладання контракту було поліпшення умов проходження служби.

Показники військовослужбовців, які вчинили самогубство, за переважною більшістю шкал методики більш виражені, хоча й не завжди сягають рівня акцентуації. Єдиний виняток становлять показники за шкалою “Дистимічність”, що є значно меншими, ніж у загальній вибірці військовослужбовців.

Відповідно до запропонованого Ю. В. Кортневою групування шкал методики Леонгарда – Шмішека на шкали активності (гіпертимність, дистимічність, циклотимічність), шкали реактивності (застрягання, неврівноваженість), шкали контролю (педантичність, демонстративність) і шкали емоційної сфери (емотивність, екзальтованість, тривожність) лише за останньою групою шкал між порівнюваними вибірками не визначено значущих розбіжностей.

Розглядаючи шкали активності, зазначимо, що за шкалою “Циклотимічність” показники військовослужбовців, які вчинили самогубство, значно вищі ($12,00 \pm 3,21$), а “Дистимічність” – значно нижчі ($7,13 \pm 2,75$), ніж у військовослужбовців загальної вибірки. Показники за першою належать до зони середніх, а за другою – до низьких і, відповідно, не сягають рівня акцентуації. Зниження показників за шкалою “Дистимічність” порівняно із загальною вибіркою за інтерпретаційною схемою, запропонованою Ю. В. Кортневою, може свідчити про слабку критичність щодо власних ресурсів, переоцінку власних фізичних можливостей. Збільшення показників за шкалами “Гіпертимність” ($18,00 \pm 4,54$) і “Циклотимічність” свідчить про напруження сил і самовідданість у певній значущій для людини сфері. За такого поєднання особа може ставити перед собою завдання, які для неї є потенційно недосяжними (має місце нереалістичність самоочікувань), що потенційно може призводити до фрустрації, переживання сорому, провини.

За шкалами реактивності – “Застрягання” ($14,00 \pm 1,51$), “Неврівноваженість” ($8,63 \pm 4,37$) – військовослужбовці, які вчинили самогубство, мають значно вищі показники, ніж військовослужбовці контрольної групи. Показники за шкалою “Застрягання” у групі військовослужбовців, які вчинили самогубство, належать до середніх, а за шкалою “Неврівноваженість” – до низьких і, відповідно, не досягають рівня акцентуації. Зростання показників за шкалою “Застрягання” характерне при так званих “егоїстичних афектах”, тобто коли фруструються “Я”, почуття самолюбства, гордості та значущі для військовослужбовця цінності. Підвищення показників за шкалою “Неврівноваженість” порівняно із загальною вибіркою військовослужбовців може бути свідченням вираженішої орієнтації на власні потреби й наміри.

Хоча за шкалами, які відображають особливості емоційної сфери (емотивний, екзальтований, тривожно-боязкий), не визначено значущих

розбіжностей між досліджуваними групами, проте певний інтерес становить щільність результатів за шкалою “Екзальтований”. Так, 90 % військовослужбовців основної групи дослідження за цією шкалою мали 12 балів. Хоча в цій інтерпретаційній сфері 12 балів вважається середнім значенням за шкалою, однак вони свідчать про певну яскравість переживань, які співвіднесені зі швидкоплинними враженнями.

Зазначимо також, що як і військовослужбовці загальної вибірки, ті, хто загинув унаслідок скоєння суїциду, характеризувалися низьким рівнем боязкості, що може бути непрямим свідченням описаної в теорії Ван Орден сформованої у військовослужбовців здатності до вчинення самогубства (зниження страху перед смертю, болем).

За шкалами контролю “Педантичність” ($12,50 \pm 1,77$) і “Демонстративність” ($17,50 \pm 3,66$) показники в групі військовослужбовців, які вчинили самогубство, значно вищі, ніж у контрольній, і за шкалою “Демонстративність” сягають рівня акцентуації.

Зростання показників за шкалою “Педантичність” може бути пов’язаним як із надмірним прагненням контролювати ситуацію, підкорити своїй волі обставини, що об’єктивно не можуть залежати від цієї людини, зі значним тягарем відповідальності, так і з певною інертністю психічних процесів, тривалим переживанням травматичних подій.

Шкалу “Демонстративність”, за якою у військовослужбовців-самогубць у дослідженні отримано одні з найвищих показників, можна вважати полюсом “центральної осі”, на якому ґрунтується інтерпретація графіка за методикою Леонгарда – Шмішека. Так, одночасне підвищення за цією шкалою і шкалою “Гіпертимність” може описуватись як цілеспрямована демонстрація власної енергійності, а поєднання з мінімумом за шкалою “Тривожно-боязкий” ($4,13 \pm 2,75$) – як демонстрація безтурботності, благополуччя. Військовослужбовці з таким профілем характеризуються вираженою рольовою поведінкою, прагненням приховувати свої істинні переживання, відповідати ідеалізованому образу військовослужбовця, очікуванням оточення щодо вираженості маскулітних рис. Така рольова поведінка небезпечна, оскільки, по-перше, значна частина психічної енергії військовослужбовця, який переживає актуальний конфлікт, травму, йде не на його подолання і поліпшення ситуації, а на підтримання “гідного” зовнішнього вигляду; по-друге, приховування своїх переживань за “маскою” не дає змоги оточенню, командирі, психологу вчасно визначитися з необхідністю надання військовослужбовцеві невідкладної психологічної допомоги.

Зазначимо, що свідченням прагнення приховати свої відчуття від оточення є також і вибір місця вчинення суїциду. Так, військовослужбовці скоювали суїциди в місцях і в час, що дозволяли їм уникнути сторонніх осіб: під час добових нарядів, перебування на посту з охорони об’єктів, на ВОПах (під час патрулювання), у господарській групі, у медичній частині (у вихідні дні), під час виконання індивідуального завдання, обслуговування техніки. При цьому суїцидент самовільно залишав пост або залишався наодинці під час

виконання службово-бойового завдання. Спроби суїциду вчинялися вночі чи в час планового відпочинку наряду, робочої групи, під час індивідуальної роботи.

Таким чином, можемо сформувати узагальнений портрет військовослужбовця, який наклав на себе руки у 2014–2016 рр. Так, схильність переоцінювати свої можливості, яка в умовах бойових дій може стати підґрунтям для психологічної травматизації особистості, фрустрації “Я”, почуття гідності; тривале приховування від оточення своїх негативних переживань через самолюбство, схильність самому контролювати ситуацію і прагнення відповідати очікуванням щодо ідеалізованого образу військовослужбовця; знижений страх перед смертю та фізичним болем. У сукупності це стає фактором суїцидального ризику військовослужбовця.

Із 2017 р. більшість підрозділів НГУ залучаються лише для забезпечення контрольно-пропускного режиму на території України, яка перебуває на межі збройного конфлікту. Виконувані ними функції несуть значно менший ризик для життя, ніж у 2014–2016 рр. Сьогодні всі без винятку військовослужбовці перед відправленням у відрядження до зони проведення ООС проходять професійну підготовку на полігонах, у їх програмах ураховується світовий та власний досвід участі військовослужбовців НГУ в АТО (ООС). Кожен військовослужбовець проходить обстеження для визначення його психологічної готовності до ризику та стійкості до бойової психічної травматизації. Постійно здійснюється моніторинг розвитку негативних станів у військовослужбовців унаслідок участі в бойових діях.

Попри ці заходи суїцидальна активність військовослужбовців НГУ істотно не зменшилася, хоча попередньо узагальнений опис самогубці має дещо інші риси. Це доводить існування певної динаміки факторів, що спричиняють суїцидальну активність військовослужбовців унаслідок їх участі в бойових діях. І прикро, що незважаючи на значні зусилля психологічної служби НГУ ми досі не у змозі враховувати всі фактори зростання суїцидальної активності військовослужбовців і ефективно діяти на випередження їх впливу.

4.2 Визначення типів військовослужбовців-суїцидентів, які вчинили самогубство у 2017–2019 рр.

Дані військовослужбовців, які наклали на себе руки в період 2017 р. – початку 2019 р., було піддано процедурі кластерного аналізу, який дозволив виділити два типи особистості у військовослужбовців, які вчинили самогубство.

Щоб урахувати можливість подібності типів суїцидентів, у перший і другий виділений періоди було здійснене їх порівняння. Ці дані наведено в табл. 4.2 (див. табл. з показниками розбіжностей, наведену в дод. А).

Проведений кластерний аналіз показав, що в другому періоді (2016 р. – початок 2019 р.) можна виділити два типи особистості у суїцидентів-військовослужбовців. Перша виділена група (далі 2.1) досить однорідна, друга (далі 2.2) – менш щільна як за демографічними показниками, так і за

показниками психодіагностичних методик, що робить можливим у подальшому, коли накопичено відповідну статистику, виділити в ній підгрупи.

За більшістю характеристик група 2.1 є проміжною між групою, виділеною в першому періоді (далі група 1) і загальною вибіркою військовослужбовців, яка виступає контрольною групою в дослідженні. Зазначимо, що для порівняння на цьому етапі взято вибірку військовослужбовців, які пройшли АПС “Профвідбір” і експертне оцінювання у 2017–2018 рр. (оновлення групи порівняння – необхідна умова, бо відбиває нові загальні тенденції в адаптації до умов несення служби, урахуваючи вдосконалення професійної та психологічної підготовки, зміни в несенні бойової служби).

Таблиця 4.2 – Порівняння типів суїцидентів у першій (2014–2016 рр.) і другій (2017–2019 рр.) періоди зростання суїцидальної активності військовослужбовців НГУ (в умовних одиницях)

	Контрольна група (загальна вибірка в/сл.)	Експериментальна група (в/с, які вчинили суїцид)			
		Перший період 1-й тип суїцидентів (група 1)	Загальна вибірка суїцидентів (група 2)	Другий період 1-й тип суїцидентів (група 2.1)	2-й тип суїцидентів (група 2.2)
1	2	3	4	5	6
Методика визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту (К. Леонгард і Х. Шмішек)					
Гіпертимний	17,14±4,15	18,00±4,54	17,25±4,45	18,43±4,72	15,00±3,46
Застрагачуваний	11,45±2,72	14,00±1,51	11,75±2,52	10,86±3,24	12,29±1,80
Емотивний	9,86±5,19	11,63±4,66	9,75±4,31	10,29±4,86	8,57±4,04
Педантичний	10,14±4,42	12,50±1,77	10,88±3,79	11,43±2,76	10,00±5,03
Тривожно-боязливий	3,77±4,12	4,13±2,75	4,31±3,94	2,57±3,21	5,14±4,49
Циклотимічний	9,08±3,34	12,00±3,21	11,06±4,61	9,43±3,21	12,00±5,48
Демонстративний	13,65±3,63	17,50±3,66	13,13±3,50	15,14±3,44	11,14±2,54
Неврівноважений	5,50±3,81	8,63±4,37	8,63±3,93	6,43±2,07	9,00±3,87
Дистимічний	9,24±2,95	7,13±2,75	10,50±4,90	9,00±2,45	12,86±6,41
Екзальтований	10,57±3,91	11,25±2,12	10,13±5,68	11,14±4,14	8,57±7,63
БОО Адаптивність (А. Г. Маклаков)					
Імовірність	5,54±3,07	5,00±2,20	5,19±3,66	4,71±3,82	6,09±3,91
Адаптивність	27,42±10,73	30,50±7,67	30,43±16,14	27,86±6,82	26,91±19,14
Нервово-психічна стійкість	12,07±6,83	13,13±4,88	15,19±8,38	13,00±4,32	14,00±9,77
Комунікативність	8,77±3,40	9,13±1,36	9,24±2,86	8,43±1,40	9,00±3,49
Моральність	6,57±2,64	8,25±2,92	8,00±4,34	6,43±3,21	7,73±4,78
Прогресивні матриці Дж. Равена					
IQ	102,83±12,22	–	101,15±10,74	96,86±9,15	105,50±9,71
Закрита анкета вивчення мотивації вибору професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України					
Професійні мотиви	21,49±4,69	–	21,31±3,45	21,43±2,99	19,25±3,86
Мотиви вдосконалення	18,91±4,36	–	20,15±3,78	21,14±2,34	17,75±5,91
Самостійний вибір професії	18,80±4,59	–	19,00±4,02	20,71±2,29	14,75±4,35
Несамостійний вибір професії	12,25±4,55	–	11,38±4,79	12,43±4,08	7,25±4,35
Мотиви престижу	18,15±4,25	–	17,08±3,28	17,57±3,05	15,50±4,36
Романтичні мотиви	15,49±4,59	–	15,23±5,05	15,86±4,49	12,25±6,24

Продовження табл. 4.2

1	2	3	4	5	6
Компенсаторні мотиви	18,33±4,71	-	18,85±3,36	19,57±2,88	16,50±3,32
Асоціальні мотиви	12,53±4,94	-	12,46±4,37	11,86±3,34	11,75±6,45
Опитувальник суїцидального ризику (О. Г. Шмельов)					
Демонстративність	14,55±16,33	15,00±17,53	13,33±18,26	2,86±7,56	16,36±19,63
Афективність	15,27±17,23	14,63±18,53	19,86±25,02	2,43±6,43	27,27±29,07
Унікальність	6,45±13,82	7,50±10,35	6,67±14,61	0,00±0,00	9,09±18,68
Неспроможність	23,48±10,89	22,50±12,82	29,52±13,59	22,86±7,56	32,73±13,48
Соціальний песимізм	45,06±19,82	48,00±21,35	53,00±13,39	49,00±17,81	53,18±9,05
Злам культурних бар'єрів	31,51±19,48	33,13±17,91	28,43±26,44	23,71±25,23	33,18±29,85
Максималізм	17,80±24,99	0,00±0,00	19,05±29,48	14,29±24,40	22,73±34,38
Часова перспектива	16,57±13,80	16,75±12,48	23,14±12,15	17,00±0,00	27,36±13,28
Антисуїцидальний фактор	34,54±31,10	43,75±32,04	42,86±23,90	42,86±18,90	45,45±26,97
16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла					
Md (низька – висока самооцінка)	9,23±2,58	9,00±2,12	8,19±3,25	8,86±3,44	8,82±2,75
A (замкнутість-товариськість)	8,63±2,02	9,11±1,45	7,71±1,82	8,29±1,25	7,55±1,86
B (низький–високий інтелект)	3,78±1,49	4,44±1,74	3,62±1,24	3,57±1,27	3,73±1,01
C (ем. нестабільність - стабільність)	9,45±1,67	9,22±2,22	8,33±2,15	9,43±0,79	8,45±2,11
E (підлеглість-домінантність)	6,08±2,12	5,67±1,00	5,71±1,59	4,86±1,35	6,18±1,72
F (стриманість-експресивність)	5,74±1,76	5,56±2,13	5,62±2,11	6,86±1,35	5,18±2,36
G (низька–висока нормативність)	8,45±1,97	7,78±2,77	8,38±2,33	8,86±1,57	8,27±2,41
H (боязкість-сміливість)	8,17±1,89	7,11±2,32	6,86±2,01	7,43±2,44	6,45±1,97
I (жорсткість-чутливість)	5,01±1,94	4,56±2,51	5,52±1,25	5,00±0,82	6,00±1,41
L (довірливість-підозрлість)	4,39±1,92	4,33±0,87	4,43±2,09	5,00±1,91	3,45±1,81
M (практичність-мрійливість)	4,92±2,17	5,11±1,54	4,71±1,95	5,00±1,73	4,73±1,95
N (прямоплійність-дипломатичність)	5,27±1,76	4,78±1,48	5,76±1,97	6,00±1,41	5,82±1,94
O (спокійність-тривоженість)	4,27±2,52	4,22±2,91	4,52±2,99	4,57±2,82	4,00±2,57
Q ₁ (консерватизм-радикалізм)	6,26±2,25	5,78±2,54	7,05±2,52	7,71±2,50	7,18±2,60
Q ₂ (конформізм-нонконформізм)	4,44±1,84	4,56±1,94	5,52±1,54	5,14±1,86	5,36±1,29
Q ₃ (низький–високий самоконтроль)	7,50±1,64	7,00±0,87	6,48±1,72	7,29±1,11	6,55±1,51
Q ₄ (розслабленість-напруженість)	3,42±1,88	4,00±2,06	4,24±1,58	3,71±1,98	4,36±1,21

+

Кінець табл. 4.2

1	2	3	4	5	6
	Самооцінка структури темпераменту (Б. М. Смирнов)				
Екстраверсія-інтроверсія	17,61±4,32	–	16,72±5,11	18,86±3,39	14,63±5,93
Ригідність-пластичність	9,17±3,92	–	7,89±4,01	5,86±4,30	8,63±3,89
Емоційна збудливість–урівноваженість	3,68±3,80	–	4,28±4,57	1,57±1,62	4,25±4,10
Темп реакції	12,66±3,83	–	11,11±3,76	13,57±2,07	9,88±3,94
Активність	18,71±5,22	–	16,28±5,54	18,57±4,61	16,50±5,68
Шкала ширості	8,28±5,02	–	10,22±5,13	8,00±3,87	9,25±4,33

Так, між групами 1 і 2.1 встановлено значущі розбіжності лише за двома показниками: шкалами “Застрагаючий тип акцентуації” методики Леонгарда – Шмішека ($10,86 \pm 3,24$; $t=2,39$, $p \leq 0,01$) та “Унікальність” опитувальника О. Г. Шмельова ($0,00 \pm 0,00$; $t=2,29$, $p \leq 0,05$). Ще за двома – шкала “Демонстративність” ($2,86 \pm 7,56$; $t=1,95$, $p \leq 0,1$) та “Афективність” ($2,43 \pm 6,43$; $t=1,92$, $p \leq 0,1$) опитувальника О. Г. Шмельова – виявлена тенденція до значущих розбіжностей.

Зменшення показників за шкалами опитувальника О. Г. Шмельова у групі 2.1 насамперед пов'язане зі збільшенням у цій групі частоти нульових балів за шкалою, що свідчить про прагнення представників цієї групи контролювати ситуацію обстеження – демонструвати поведінку людини, яка не застрягає на переживанні проблеми, не нав'язує іншим своїх переживань, не наполягає на унікальності й неможливості розв'язати проблеми, тобто демонструє поведінку, що не обтяжує інших. Їх регулюючий вплив передусім спрямований на контроль емоційно-вольової сфери, для діагностики дефекту якої й використовується методика О. Г. Шмельова. Тому безпосереднє визначення дефекту розвитку особистості, який і робить військовослужбовців групи 2.1 схильними до суїцидальної поведінки, стає неможливим. Діагностично доступними залишаються ознаки (маркери), які свідчать про виражену схильність військовослужбовців підгрупи 2.1 контролювати процес їх психодіагностичного обстеження. Безпосередні показники дефекту розвитку особистості для використовуваного психодіагностичного інструментарію, заснованого на принципі самозвіту, стають недоступними, уміло приховуються обстежуваним.

Від контрольної групи за першим набором показників (обстеження в першому періоді проводилося за обмеженою кількістю показників) група 2.1 відрізняється за вже вказаними трьома шкалами (“Унікальність”, “Демонстративність”, “Афективність”) методики О. Г. Шмельова і за двома факторами методики Р. Кеттелла: “Е” підлеглість-домінантність ($4,86 \pm 1,35$, $t=2,39$, $p \leq 0,01$), “F” стриманість-експресивність ($6,86 \pm 1,35$, $t=2,18$, $p \leq 0,01$), за якими військовослужбовці підгрупи 2.1 характеризуються як більш залежні й експресивні, останнє, крім іншого, передбачає емоційну значущість соціальних контактів. Проте можливо, що ці показники відбивають прагнення військовослужбовців групи 2.1 створити образ військовослужбовця, який відчуває товариське плече і відвертий із товаришами.

Якщо ж порівнювати військовослужбовців групи 2.1 із контрольною групою за ширшим переліком показників, то слід зазначити їх дещо менші показники інтелекту ($96,86 \pm 9,15$; $t=1,71$, $p \leq 0,1$), більшу вмотивованість щодо таких аспектів, як прагнення вдосконалитися в особистісному та професійному плані ($21,14 \pm 2,34$; $t=1,249$, $p \leq 0,01$) та самостійності вибору професії ($20,71 \pm 2,29$; $t=2,18$, $p \leq 0,05$). У зазначеному контексті зниження показників інтелекту може свідчити про залучення процесу уваги до контролю ситуації обстеження в цілому, унаслідок чого знижуються показники за методикою, в якій увага відіграє одну з провідних ролей. Крім того, за методикою “Самооцінка структури темпераменту” військовослужбовці групи 2.1 мають

значно вищі показники пластичності ($5,86 \pm 4,30$; $t=2,03$, $p \leq 0,05$) та емоційної врівноваженості ($1,57 \pm 1,62$; $t=3,38$, $p \leq 0,01$), ніж військовослужбовці загальної вибірки. Останні показники (показники емоційної врівноваженості), можливо, також є наслідком їх тяжіння до нульових відповідей – прагнення контролювати ситуацію обстеження у питаннях, які стосуються дефекту емоційно-вольової сфери.

Якщо вважатимемо групу 2.1 “вдосконаленою” у своєму прагненні контролювати ситуацію обстеження групою 1 (групою першого типу суїцидальної активності), то можемо констатувати в них “поліпшення” показників, які свідчать про дефект емоційно-вольової сфери (від рівня темпераментних особливостей і акцентуацій характеру до прояву емоційно-вольових якостей особистості); констатувати свідому демонстрацію прагнення професійно вдосконалюватись і проявляти самостійність; демонстрацію товариської підтримки та відвертості (у тому числі і здатності не тримати зла).

Через високий рівень демонстративності і супутню їй здатність контролювати прояви своєї поведінки в ситуації обстеження та вміння використовувати для цього власні уявлення й отримані в ході психологічної підготовки знання щодо бажаної поведінки особового складу військовослужбовців першого типу суїцидальної активності (групи 2.1 та 1) становлять дуже складний об’єкт для визначення (вони, наче хамелеон, підлаштовуються під вимоги до військовослужбовців, використовуючи для цього знання, набуті під час психологічної підготовки). Прогнозуємо, що з поліпшенням психологічної підготовки в НГУ визначення цього типу у військовослужбовців, які служать понад 3 роки й адаптувалися до умов служби, стане вкрай складним, тому важливо намагатися визначити цей тип саме на етапі професійного психологічного відбору, доки кандидати ще не озброєні детальними знаннями про бажані професійно важливі якості військовослужбовця.

Ураховуючи всю складність діагностичної ситуації, що склалась, умовно позначимо цей тип як “демонстративно-залежний” тип суїцидальної активності. Припустимо, що його важливою характеристикою є прагнення підкорити свою поведінку вимогам значущих інших, страх розчарувати їх (вони взялися грати “не свою”, не відповідну їм роль), і будучи залежними від думки значущого іншого (чи намагаючись відповідати цінностям референтної групи), вони прагнуть залишатися послідовними у своїх діях, своєму виборі, доводити його правильність, не відступають від прийнятого рішення, приховують свої справжні переживання. Це сприяє подальшому накопиченню ними як власного розчарування в житті, так і переживань із приводу розчарувань інших в них. Вони не здатні, так би мовити, відпускати ситуацію, що в умовах неповної відповідності особистості екстремальній ситуації призводить до її суттєвої психологічної травматизації. Мусимо припустити, що саме екстремальний характер бойових ситуацій, у яких діють військовослужбовці, стає для першого типу (груп 2.1 та 1) суїцидальної активності важливою умовою формування суїцидальної активності.

Описуючи групу 2.2, зазначимо, що вона досить істотно відрізняється як від контрольної групи, так і від групи 2.1. Від контрольної групи група 2.2 відрізняється насамперед значно меншою загальною вмотивованістю. Так, вони мають значно менші показники за шкалами “Закритої анкети вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС”: “Мотиви, пов’язані з об’єктивними соціально заданими цілями і змістом професії” ($19,25 \pm 3,86$; $t=1,91$, $p \leq 0,1$), “Самостійний вибір професії” ($14,75 \pm 4,35$; $t=3,07$, $p \leq 0,015$), “Несамостійний вибір професії” ($7,25 \pm 4,35$; $t=3,79$, $p \leq 0,01$), “Мотиви, пов’язані із зовнішнім престижем професії і матеріальним благополуччям” ($15,50 \pm 4,36$; $t=2,01$, $p \leq 0,05$), “Мотиви пов’язані з романтичною привабливістю професії” ($12,25 \pm 6,24$; $t=1,72$, $p \leq 0,1$), “Мотиви, пов’язані з прагненням компенсувати характерологічні недоліки” ($16,50 \pm 3,32$; $t=1,81$, $p \leq 0,1$). Таке зниження вмотивованості може свідчити про енергетичну слабкість або виснаженість представників цієї групи.

Військовослужбовці групи 2.2 мають найменші серед усіх порівнюваних груп показники за такими шкалами методики “Самооцінка структури темпераменту”: “Активність” ($16,50 \pm 5,68$), “Темп реакції” ($9,88 \pm 3,94$), “Екстраверсія-інтроверсія” ($14,63 \pm 5,93$). Такі відносні зниження описують їх як менше за інших представників із порівнювальних груп орієнтованих на зовнішній світ і найменш здатних вчасно реагувати на зміни в ньому.

На відміну від інших описуваних груп, у тому числі й контрольної, у представників групи 2.2 зовсім інша структура характеру (ієрархія акцентуєваних рис). Вони мають значно менші показники за шкалами “Гіпертимний” ($15,00 \pm 3,46$; $t=2,03$, $p \leq 0,05$) і “Демонстративний” ($11,14 \pm 2,54$; $t=3,23$, $p \leq 0,01$) і більші за шкалами “Дистимічний” ($12,86 \pm 6,41$; $t=1,87$, $p \leq 0,1$), “Циклотимічний” ($12,00 \pm 5,48$; $t=1,77$, $p \leq 0,1$) і “Неврівноважений” ($9,00 \pm 3,87$; $t=2,98$, $p \leq 0,01$). Такі відносні показники свідчать, що військовослужбовці групи 2.2 були не лише менш активними, а й менш здатними до вольової поведінки. Гіпертимні фази (періоди вимушеної активності) у них змінюються роздратуванням і дистимічними фазами, що може свідчити про циклотимічну астено-депресивну симптоматику.

Для них більше, ніж для інших описуваних груп, у тому числі й контрольної, характерні переживання власної “Неспроможності” ($32,73 \pm 13,48$; $t=2,27$, $p \leq 0,05$), “Соціального песимізму” ($53,18 \pm 9,05$; $t=2,90$, $p \leq 0,01$) та гірші, ніж у інших показники “Часової перспективи” ($27,36 \pm 13,28$; $t=2,68$, $p \leq 0,01$).

Порівнюючи особистісні фактори військовослужбовців групи 2.2 і загальної вибірки військовослужбовців контрольної групи, зазначимо, що вони менш товариські («А» (замкнутість-товариськість) $7,55 \pm 1,86$; $t=1,92$, $p \leq 0,1$), менш сміливі («Н» (боязкість-сміливість) $6,45 \pm 1,97$; $t=2,87$, $p \leq 0,01$), чутливіші («І» (жорсткість-чутливість) $6,00 \pm 1,41$; $t=2,29$, $p \leq 0,05$) і довірливіші («L» (довірливість-підозрілість) $3,45 \pm 1,81$; $t=1,71$, $p \leq 0,1$); мають менші показники самоконтролю («Q₃» (низький-високий самоконтроль) $6,55 \pm 1,51$; $t=2,09$, $p \leq 0,05$), напруженіші («Q₄» (розслабленість-напруженість) $4,36 \pm 1,21$; $t=2,57$, $p \leq 0,01$) і менше вписуються в групову взаємодію («Q₂» (конформізм-нонконформізм) $5,36 \pm 1,29$; $t=2,36$, $p \leq 0,05$).

Значущі розбіжності між групами 2.1 і 2.2 підкреслюють уже зазначені особливості, виявлені при їх порівнянні з контрольною групою. Так, за шкалами “Методика визначення типу акцентуацій і темпераменту” наведені групи вирізняються за показниками “Демонстративний” ($t=2,65$, $p\leq 0,05$), “Неврівноважений” ($t=1,83$, $p\leq 0,1$), “Дистимічний” ($t=1,80$, $p\leq 0,1$): перший вище в групі 2.1, останні два – у групі 2.2.

У підгрупі 2.1 нижчі показники IQ, між порівнюваними групами за ним встановлена тенденція до значущих розбіжностей ($t=1,91$, $p\leq 0,1$).

Менша вмотивованість військовослужбовців групи 2.2 виявляється і в їх порівнянні з військовослужбовцями групи 2.1: “Самостійний вибір професії” ($t=3,80$, $p\leq 0,01$), “Несамостійний вибір професії” ($t=2,56$, $p\leq 0,05$), “Мотиви, пов’язані з прагненням компенсувати характерологічні недоліки” ($t=2,08$, $p\leq 0,1$).

Аналізуючи розбіжності за методикою “Опитувальник суїцидального ризику”, зазначимо, що у військовослужбовців групи 2.1 менші показники шкал “Демонстративність” ($t=2,08$, $p\leq 0,1$) і “Афективність” ($t=2,73$, $p\leq 0,05$) через уже вказану тенденцію до нульових відповідей. У військовослужбовців групи 2.2 вищі показники “Неспроможності” ($t=1,99$, $p\leq 0,1$) і “Часової перспективи” ($t=2,59$, $p\leq 0,05$) як відбиття їхньої негативної оцінки власних перспектив, власних сил для продовження боротьби із життєвими труднощами (демотивованості, астенії).

Аналіз розбіжностей між групами 2.1 і 2.2 ще раз засвідчив, що перші є більш залежними («E» (підлеглість-домінантність); $t=1,82$, $p\leq 0,1$) та експресивними («F» (стриманість-експресивність); $t=1,92$, $p\leq 0,1$), а другі – більш чутливими («I» (жорсткість-чутливість); $t=1,90$, $p\leq 0,1$).

За методикою Б. М. Смирнова військовослужбовці групи 2.2 більш інтровертовані ($t=1,93$, $p\leq 0,1$) і мають значно менший “Темп реакції” ($t=2,60$, $p\leq 0,05$). Військовослужбовці групи 2.1 відрізняються максимально низькими показниками “Емоційна збудливість–урівноваженість” ($t=1,94$, $p\leq 0,1$), що, можливо, є одним із проявів їхнього прагнення до нульових відповідей.

Групи 2.1 і 2.2 настільки різні, що недоречно брати до уваги загальні показники за другим періодом суїцидальної активності військовослужбовців (показники за групою 2 взагалі). Єдині показники, за якими ці групи досить сильно збігаються, це показники “Адаптивність” ($27,86\pm 6,82$ та $26,91\pm 19,14$ відповідно) і “Самооцінка” («MD» $8,86\pm 3,44$ та $8,82\pm 2,75$). Однак і в них у військовослужбовців підгрупи 2.1 більший діапазон показників самооцінки, а військовослужбовців підгрупи 2.2 – значно ширше діапазон показників адаптивності. Зауважимо, за цими показниками вони не відрізняються від двох інших груп (загальної вибірки військовослужбовців і 1-го типу суїцидального ризику, виділеного в першому періоді).

Відповідно, здійснюючи якісне, а не кількісне порівняння першого і другого періодів суїцидальної активності, слід відзначити таке. По-перше, у другому періоді відбулося виділення другого типу суїцидальної активності, визначення якого в попередньому періоді було неможливим, у тому числі й тому, що категорія військовослужбовців строкової служби не проходила обстеження за АПС “Профвідбір”. По-друге, порівняння першого і другого

періодів дало змогу визначити динаміку розвитку першого демонстративно-залежного типу суїцидальної активності, який став ще більш “непомітним” для діагностичного інструментарію, проте в нього рельєфніше виявилось прагнення ретельно контролювати свої поведінкові прояви, надавати їм характеру соціально прийнятних, бажаних, для чого вони використовують знання, набуті під час психологічної підготовки.

Задаючись актуальним питанням, чому в першому періоді суїцидальної активності не було виявлено 2-го типу (в цьому періоді виділена 2-га група замала для аналізу), доцільно припустити, що він стійкіший до дії стрес-факторів, тримається довше за перший і вдається до суїциду внаслідок цілковитого виснаження ресурсів. Крім того, наявний матеріал психодіагностичних обстежень, а саме те, що більшості даних психодіагностичного обстеження менше року, не дозволяє цілком впевнено відповісти на запитання: чи є другий виділений тип, який описується показниками групи 2.2, окремим типом нестійкої особистості до дії стрес-факторів, чи формування астено-депресивної симптоматики можливе у будь-якої особистості внаслідок тривалого виснаження її ресурсів.

Для відповіді на ці питання було залучено соціально-демографічні та інші дані, отримані в ході розслідувань аналізованих випадків самогубств. Так, рівно 50 % групи 2.2 становлять курсанти і військовослужбовці строкової служби (отже, гіпотеза про те, що цей тип розкривається пізніше, накопичивши негативний досвід участі в бойових діях, не підтверджується, принаймні, для половини групи). Із інших 50 % менше половини (близько 17 % від усієї групи 2.2) мали вислугу військової служби понад 3 роки і кілька відряджень до зони АТО (ООС), проте й у них причиною суїциду названо конфлікт у родині, у тому числі через банківську заборгованість (агресивні дії колекторів). Отже, у переважної більшості військовослужбовців цієї групи формування астено-депресивного симптомокомплексу і прийняття рішення про вчинення суїциду, на перший погляд, безпосередньо не пов'язані з проходженням служби. Так, тільки у 17 % у матеріалах розслідувань міститься посилення на страх відрядження в зону АТО (ООС) і можливий конфлікт із товаришами по службі. У всіх інших причиною названо конфлікт у родині. Такі дані розслідувань залишають відкритим питання: чому ж у цієї категорії військовослужбовців відбувається сплеск суїцидальної активності, адже конфлікти в родині були й раніше, а страх участі в бойових діях для більшості самогубць ще тривалий час був неактуальним?

Можна припустити, що на фоні військових дій у країні зросла кількість цивільного населення з ознаками депресії. Проте відомо, у тому числі й за актуальною українською статистикою, що в період бойових дій відсоток суїцидів серед цивільного населення зменшується. Тому гіпотезу про вже наявну затяжну депресію у молодих людей, які вступають на військову службу за призовом, вступають до ВВНЗ чи укладають контракт, не можна прийняти зі стовідсотковою впевненістю.

Крім того, дивно, що особи, які характеризуються чутливістю, сором'язливістю, способом суїциду вибирають заповідання собі чисельних

травм унаслідок падіння з висоти та потрапляння під колеса потяга (близько 25 %). Зроблений за психодіагностичними методиками опис дозволяє припустити, що ці військовослужбовці могли вчинити суїцид унаслідок тривалого цькування (жорсткого ставлення з боку товаришів по службі) і фізичного виснаження (коли людина постійно переживає страшну лому в усьому тілі, вона потенційно здатна вибрати способи самогубства, які несуть у собі каліцтва рук і ніг). Однак у матеріалах розслідувань зазначено, що фактів нестатутних взаємовідносин чи перевищення службового навантаження не встановлено. Можливо, річ у тому, що за час участі країни в бойових діях змінилось уявлення про норми взаємин і навантаження військовослужбовців. Так, військовослужбовці строкової служби фактично не опановують військову справу, як це було раніше, а досить інтенсивно несуть військову службу в мирних умовах, перекриваючи всі види діяльності, які не пов'язані з участю в бойових діях. Крім того, заняття, присвячені набуттю професійних навичок, стали орієнтованішими на участь у бойових діях і, можливо, у вразливих особистостей формують уявлення про неминучість участі в бойових діях, отримання поранення, каліцтва чи загибелі, посилюючи стрес, який новобранці і так переживають через необхідність адаптуватися до нових умов. Можливо також, що військовослужбовці військової служби за контрактом із бойовим досвідом своїми діями (висловлюваннями) несвідомо створюють у військовослужбовців строкової служби, які захищені законом від небезпеки участі в бойових діях, комплекс меншовартості. Проте це припущення, які не мають конкретного статистичного підтвердження.

Ще одне питання полягає в тому, що для цієї групи є зовсім не характерною спряженість суїциду зі вживанням алкоголю (який ніби-то полегшує біль, надає сміливості для прийняття рішення). Так, лише в одному випадку з усієї групи в матеріалах розслідування вказано на факт вживання алкоголю. Це дозволяє припустити, що розслабившись під дією алкоголю, ці особи віддаляють себе від суїциду і скоюють його лише в гіпертимних фазах активності, що характерно для суїцидів у осіб, які переживають депресію (хоча не виключено, що більшість із них були замолодими і не мали звички вживати алкоголь або не мали коштів на його придбання).

Ураховуючи зазначену вище неоднорідність групи 2.2, можемо припустити, що до неї ввійшли: 1) військовослужбовці з астеничним типом, які схильні до виснажень і утворення анено-депресивного симптомокомплексу при переживанні труднощів (відповідно до існуючої системи професійного психологічного відбору такий тип може бути лише серед військовослужбовців строкової служби); 2) військовослужбовці, які через тривале перебування у стресовій ситуації зазнали критичного виснаження життєвих сил (проте для цього можуть бути й додаткові підстави, наприклад, обмеження доступу зовнішніх ресурсів стресостійкості (підтримка родини, допомога товаришів по службі) чи дефект розвитку ціннісно-сислової сфери).

Проведене дослідження, на жаль, не дає відповіді: чи кожна виснажена до такого рівня особистість вдається до суїциду, чи є певні особливості

особистості, наприклад у ціннісно-смысловій сфері (не охопленій дослідженням), що призводять її до суїциду.

Ще одним питанням, яке потребує відповіді: чому всі незакінчені суїциди і відверто демонстративні спроби суїциду (близько чверті всіх випадків) припадають на групу 2.2 (астено-депресивний тип суїцидальної активності), а в групі 2.1 (демонстративно-залежний тип суїцидальної активності) таких випадків не встановлено, хоча зазвичай прагнення привертати до себе увагу, маніпулювати і шантажувати характерніше для осіб із вираженими демонстративними рисами?

Так, згідно з розслідуваннями всі військовослужбовці, яких у цьому дослідженні віднесено до групи 2.1, проходили службу за контрактом. У кожного з них стаж служби був понад рік, а у 30 % – понад 10 років. Близько 60 % із них – учасники АТО або здійснили суїцид безпосередньо в зоні АТО. У 60 % підтверджено факт скоєння суїциду у стані алкогольного сп'яніння. Усі суїциди в цій групі закінчені. Близько 40 % способом суїциду вибрали повішання, усі інші використали вогнепальну зброю або наразили себе на множинні ушкодження шляхом падіння з висоти чи потрапляння під потяг. При цьому в розслідуваннях лише в одному випадку не було названо причиною суїциду конфлікт у родині.

Склалась умовно парадоксальна ситуація, коли військовослужбовці демонстративно-залежного типу (певно, прагнучи залишатися послідовними в демонстрації образу справжнього військовослужбовця) вчиняють істинні завершені суїциди, а військовослужбовці “астено-депресивного” типу – демонстративні спроби суїцидів (певно, унаслідок формування дружньої підтримки у військових колективах), залучаючи тим самим допомогу товаришів по службі, що не зовсім типово для депресивних станів.

З огляду на наведені вище статистичні дані і необхідність заповнювати прогалини в них шляхом логічних висновків (через неможливість проведення додаткових обстежень, формуючого експерименту тощо) вважаємо за можливе у прикладних цілях профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців виділення двох типів суїцидальної активності з двома підтипами в кожному.

Перший тип, позначений як демонстративно-залежний, у профілі особистості має виражені риси демонстративності. Він характеризується прагненням постійно контролювати свою реакцію на ситуації, те враження, яке він справляє на значуще оточення, унаслідок чого його поведінка ззовні має вигляд вираженої, можливо, дещо манерної, а в діагностичному плані позначається як акцентуїрована за багатьма рисами з провідною роллю демонстративної акцентуації.

Зазначимо, що оскільки демонстративна акцентуація передбачає схильність до самоконтролю, то за цим показником військовослужбовці першого типу суїцидальної активності досить подібні до загальної вибірки військовослужбовців і під час професійного психологічного відбору за задовільних показників адаптивності можуть не викликати сумнівів у психологів. Проте, якщо в загальної вибірки здатність до контролю, вольові якості є характеристиками, спрямованими на взаємодію із професійною ситуацією, то у військовослужбовців з установленим першим типом

суїцидальної активності ці якості спрямовані на контроль ситуації взаємодії зі значущими іншими, на формування соціально бажаного образу себе в очах оточення (їх взаємодія з професійною ситуацією значним чином опосередкована ставленням значущого іншого).

Залежно від рівня ідентифікації з вибіркою військовослужбовців, рівня адаптації до професійної діяльності військовослужбовця, професійної і психологічної підготовки можна говорити про два підтипи суїцидальної активності військовослужбовців першого типу.

До першого підтипу належать військовослужбовці, які були щойно призвані на військову службу – нещодавно уклали контракт як добровольці, були мобілізовані чи призвані на строкову службу – і одразу потрапили в особливі (екстремальні умови участі в бойових діях, важкий у фізичному плані графік несення служби через велику кількість добових нарядів тощо) умови несення служби. Незважаючи на те, яким чином вони потрапили на військову службу, вони демонструють бажання служити, створюють образ “справжнього” військовослужбовця, здатного долати всі тяготи та складнощі служби. Свідомість цих військовослужбовців спрямована на соціальне оточення, на значущих інших, на створення в їх свідомості ілюзії “справжнього” військовослужбовця. Проте, зосереджуючись на соціальному оточенні, їх свідомість виявляється нездатною одночасно з цим адекватно реагувати на швидкоплинну екстремальну ситуацію, внаслідок чого військовослужбовці не лише переживають загрозу власному життю, а й розчарування в собі, накопичують негативні оцінки на свою адресу від значущих інших. Чим менше ці військовослужбовці підготовлені до військової служби, до дій в екстремальних ситуаціях, тим глибше розрив між тим, якого ефекту своїми діями вони прагнули досягнути, і оцінками їхніх дій значущими іншими, тим глибша криза невідповідності, яку вони переживають. Їхній образ “Я” будується не на основі об’єктивних зворотних зв’язків від професійної екстремальної ситуації (на основі об’єктивних успіхів і невдач), а на основі зворотних зв’язків від значущих інших (тобто відбиток від об’єктивної ситуації через соціальні оцінки), які в екстремальній ситуації не завжди можуть бути об’єктивними, толерантними, зі стриманими негативними емоціями, причинами яких можуть і не бути безпосередні дії військовослужбовців першого підтипу. За таких умов криза невідповідності, підживлена почуттям провини (можливо, перекладеною на них іншими) розвивається досить швидко – від декількох днів до двох-трьох місяців.

Зазначимо, що навіть не в екстремальних, а лише в особливих, ускладнених, нових, незвичних умовах військовослужбовці з вираженою акцентуацією особистості мають проблеми з адаптацією; через “яскравість” поведінки вони можуть накопичувати негативні оцінки на свою адресу, формувати виражені конфліктні стосунки з окремими членами військового колективу, що менше ніж за півроку може призводити до вираженої кризи невідповідності соціальним очікуванням і нав’язаним умовам самореалізації – прагнення позбавитися від страждань.

До другого підтипу належать військовослужбовці, які спочатку потрапили у відносно м'які умови несення служби і мали достатньо часу для ідентифікації з вибіркою військовослужбовців. Їм вдалося зовні набути подібної форми, сформуванню в оточення ілюзію, образ "справжнього" військовослужбовця, вони навчилися формально відтворювати поведінку, притаманну військовослужбовцям. Зазначимо, що закриті групи військовослужбовців із жорсткими фільтрами, як ніякі інші, сприяють формуванню зовнішньої подібності поведінки – більшої стриманості, меншої акцентуваності. Крім того, провідна роль у військових колективах вольових якостей і відчуття дружнього плеча у представників цього типу загострюють наявну нездатність відпускати ситуацію, залежність, заборону відчувати емоції тривожно-боязкого спектра. Справжня ідентифікація передбачає керування у прийнятті рішення і побудові загального плану дій цінностями групи, а в його реалізації – конкретними обставинами, характеристиками ситуації. Ускладнюючи взаємодію із ситуацією ставленням значущого іншого, військовослужбовці першого типу ризикують не встигати за нею, витратити зайву енергію на подвійний контроль і мета-переживання. Їхній спосіб пристосування до ситуації занадто енерговитратний, що в адаптації до екстремальних умов має фатальне значення. Орієнтуючись не на реальну (об'єктивну) успішність дій, а на оцінку цих дій іншими, вони не завжди здатні зібрати всю множинність відбиття в єдиний несуперечливий образ "Я-професіонал" і, попри наявний професійний досвід, можуть так і не набути впевненості у своїх професійних діях. Сумніви в собі як у професіоналі збільшують час і енергетичні витрати при реагуванні на ситуацію і, відповідно, негативно позначаються на адекватності й успішності дій в екстремальних умовах. Проте зовнішня поведінка військовослужбовців другого підтипу є менш манерною, акцентуваною і більш наближеною до норм загальної вибірки військовослужбовців, аніж поведінка першого "недосвідченого" (неадаптованого) підтипу, що ускладнює його виявлення серед військовослужбовців, які служать понад шість місяців у відносно м'яких умовах несення служби. Так, для психолога-діагноста доступними залишаються лише маркери, які є опосередкованим свідченням прагнення контролювати ситуацію взаємодії (ситуацію обстеження), які, поєднуючись із заборонаю на переживання страху і тривоги, призводять до нульових балів за шкалами, що описують особливості емоційно-вольової сфери. Відповідно, коли виникають підстави для діагностики цього типу, можна спробувати прямі питання типу: "Чи легко вам у шкільному і дитячому віці давалися виступи перед аудиторією?" чи можливо також застосувати проективну техніку "Малюнок людини", яка дозволяє задати питання: "Чи властиве вам прагнення контролювати ситуації взаємодії, тримати все під контролем?" тощо. Зазначимо, що у відносно м'яких умовах несення служби ці військовослужбовці можуть досить успішно виконувати свої обов'язки протягом кількох років і навіть, як-то кажуть, мати добру репутацію у керівництва, яке не досить тісно з ними співпрацює. У разі ж ускладнення професійної ситуації адаптивність їхньої поведінки стрімко знижується:

прагнення постійно контролювати ситуацію взаємодії, неможливість її відпустити значно виснажують їхні сили й увагу, порушення адаптивності є діагностичною ознакою втрати психічного здоров'я; неможливість самостійно прийняти рішення “без ухвали” (позитивної оцінки, орієнтації на думку, схвалення) значущого іншого у швидкоплинній ситуації значно знижують адекватність їхніх дій ситуації, унаслідок чого в екстремальній ситуації вони можуть почуватися розгубленими і дезорієнтованими, що також становить діагностичний критерій порушення адаптивності поведінки.

Якщо у першого підтипу криза невідповідності їхнього “Я” вимогам ситуації і соціальним очікуванням розвивається стрімко і може пов'язуватися з певною психотравмуючою подією, то у другого вона може бути як похідною від накопиченого негативу оцінок на адресу власного “Я” і, відповідно, її складно співвіднести з конкретними негативними подіями в житті військовослужбовця, так і мати стрімкий характер розвитку на підставі вираженого неуспіху дій в екстремальних умовах і переживання з приводу цього почуття провини (унаслідок значних збитків, загибелі людей тощо) або через втрату (загибель, розірвання стосунків) значущого іншого.

Зазначимо також, що у загальної вибірки військовослужбовців довіра до товариша, орієнтація на його допомогу є важливими моментами протистояння психотравмуючим впливам, проте у представників першого типу орієнтація на соціум є похідною від базисної невпевненості в собі, у своїй цінності для інших, у своїй здатності самостійно долати життєві труднощі. Як і другий, цей тип характеризується слабкістю, але йдеться не про вроджену фізичну слабкість чи виснаженість, а про слабкість сили духу і схильність отримувати бажане шляхом маніпулювання іншими, а не докладанням власних зусиль, що в екстремальних умовах обертається проти них. Так, за словами військовослужбовців, у період проведення АТО (ООС) гинуть краці, рятуючи тих, хто в бою виявляє страх, слабкість і залежність (чи то щиро, чи то маніпулює іншими для забезпечення власного виживання). Проте, зберігши життя таким чином, вони наражаються на формування їх оточенням у них почуття провини, до якого вони чутливі.

Прагнення розслабитися через переживання постійного напруження внаслідок нездатності відпустити ситуацію і позбутися відчуття провини може привести цих військовослужбовців до зловживання алкоголем.

Для першого типу характерне приховування власного наміру скоїти суїцид, вони до останнього продовжують грати роль “справжнього військовослужбовця”, “міцного горішка”, “комусь щось доводити”, учинити суїцид, аби довести, що їм “не слабо”. Спроби суїциду, на їх погляд, мають бути доказом їхньої мужності, а не прояву слабкості, тому навіть через відверто демонстративні мотиви скоєння суїциду висока ймовірність вітальних випадків. Крім того, мабуть, саме у цього типу розвинені псевдовольові якості є фактором, що сприяє доведенню суїциду до кінця.

Головною характеристикою представників другого типу суїцидальної активності є виснаженість, демотивованість і відчуття безперспективності, які не дозволяють військовослужбовцям продовжувати життєдіяльність, пов'язану

з подоланням труднощів. Проте неоднорідність цієї групи робить доцільним виділення в ній двох підгруп.

Перша підгрупа передбачає слабкість через належність до астеничного типу, який, не витримуючи фізичних і психічних навантажень, продукує астено-депресивну симптоматику. Цікаво, що цей тип формується на основі не стільки і не тільки слабого типу нервової системи, скільки на основі низького темпу, що в екстремальних швидкоплинних умовах призводить до постійного відставання від ситуації і невідповідності (через відставання у часі) дій ситуації. У так званій гонитві за ситуацією військовослужбовці цього підтипу не лише виснажуються, але й розчаровуються в собі (як результат об'єктивної оцінки своєї взаємодії із ситуацією, що негативно позначається на їхній самооцінці, самоповазі). В екстремальній ситуації негативні емоції від втоми і розчарування в собі підсилюють одна одну. Зазначимо, що представники цього підтипу за своїми показниками навряд чи зможуть пройти професійний психологічний відбір на контрактну службу, проте вони можуть бути виявлені у вибірці військовослужбовців строкової служби і військовослужбовців, яких призвано на службу за мобілізацією. Через конституційну слабкість у цих військовослужбовців як захист від виснаження знижена поточна мотивація і менший перспективний план на життя. Можливо, саме тому, а також через значний досвід швидких виснажень, який накопичує негативні емоції, ці військовослужбовці недостатньо вірять у те, що складні часи минуть, якщо трохи потерпіти, тому рішення піти з життя вони можуть ухвалювати досить швидко – іноді за кілька днів після різкої зміни умов життя (особливо, якщо у дитинстві-юності у цих військовослужбовців не сформувалася життестійкість, їх не навантажували фізичними вправами, роботою по дому тощо). Припускаємо, що на вживання алкоголю ці військовослужбовці реагують цілковитим розслабленням, сонливістю, тому для них нехарактерне скоєння суїцидів у стані алкогольного сп'яніння. Припускаємо, що саме представники цього підтипу можуть скоювати самогубства при незначному епізодичному покращенню умов, побоюючись, що згодом жахи втоми і астено-депресивних переживань повернуться. Можливе скоєння суїциду представниками цієї підгрупи в період очікування негативних подій (коли ще є сили), наприклад, очікування відрядження до зони бойових дій. Саме для цієї підгрупи характерні висловлювання з приводу можливості вчинення суїциду і демонстративні спроби суїцидів.

До другої підгрупи гіпотетично можуть бути віднесені військовослужбовці, які не є конституційно слабкими, проте внаслідок тривалої участі в бойових діях (кілька відряджень до зони АТО, ООС) і відсутності впевненості в тому, що ситуація поліпшиться (відрядження припиняться), роблять висновок про безперспективність подальшого ведення боротьби за життя. Гіпотетично можемо припустити, що для заощадження сил у цих військовослужбовців спочатку були редуковані всі сфери життєдіяльності, не пов'язані з участю в бойових діях (родина, друзі, хобі, спілкування тощо), унаслідок чого вони з часом утратили зовнішні ресурси стійкості до стресу (підтримку родини, товаришів), а через захисне зниження мотивації (знов-таки

для збереження сил) втратили внутрішні ресурси та інтерес до життя в цілому, що полегшило ухвалу рішення піти з життя.

Як уже зазначалося, до цієї другої підгрупи належать військовослужбовці, які мають значний досвід служби за контрактом і участі в бойових діях, утратили родину (розлучилися чи на межі розлучення; посварилися з батьками, родичами), втратили друзів (друзі загинули; припинили спілкування через різницю у поглядах на бойові дії в країні; через тривалі відрядження втратили родинний зв'язок; друзі обмежили чи припинили спілкуватися з військовослужбовцем через наявні в нього ознаки порушення адаптації, характерні для учасників бойових дій, – дещо підвищену агресивність, гнівливість, схильність до роздратування тощо). Рішення піти з життя ці військовослужбовці можуть приймати під дією алкоголю, який погіршує наявні негативні переживання, відчуття самотності, непотрібності. Мотивом-приводом для вчинення суїциду може стати розлучення, сварка з дружиною, другом тощо.

Можливий також варіант для цього підтипу, коли алкогольна залежність у військовослужбовців-комбатантів ставала додатковим фактором фізичного виснаження, редукції мотиваційної сфери і втрати соціальних контактів, які раніше забезпечували емоційну підтримку, допомогу та стресостійкість. Коли зберігається певна критичність у самостваленні, про що свідчать висловлювання про власну нікчемність, переживання сорому й висловлювання про суїцид, усвідомлюється глибина власного “падіння”, такі військовослужбовці можуть (найімовірніше у тверезому стані) вчинити суїциди. Мотиви суїциду в них можуть бути неочевидними, а приводом стати вияв неповаги з боку оточення – як військовослужбовців, так і цивільних.

Зазначимо, що в період бойових дій, поки задіяна єдина збережена (через постійну актуальність) у них лінія мотивації і вони перебувають в оточенні товаришів по зброї, ймовірність скоєння суїциду представниками цього типу найменша серед усіх інших суїцидальноактивних типів. Крім того, цей тип, маючи досвід успішної боротьби з життєвими негараздами (що і слід використовувати у плануванні індивідуальної програми профілактики), найбільш сприйнятливий до психопрофілактичної роботи. Проте після припинення бойових дій (чи припинення участі військовослужбовця в бойових діях, у тому числі й під час відпустки, тривалих періодів між ротаціями), коли єдина збережена лінія мотивації стане неактуальною, але виникне чи продовжить свою дію негативна симптоматика ПТСР, на фоні байдужості (унаслідок звикання до проблем учасників бойових дій) суспільства суїцидальна активність цього типу може значно зростати. Однак це припущення можливо перевірити на наступній фазі – фазі припинення бойових дій.

Проведене дослідження й аналіз отриманих результатів дозволили виділити дві групи військовослужбовців-суїцидентів із двома (умовно виділеними на підставі наявної професійної підготовки, досвіду тощо) підгрупами в кожній.

Перший тип позначено як демонстративно-залежний, головною характеристикою якого є ускладнення взаємодії із зовнішнім світом через

ставлення до значущого іншого. Така структура свідомості особистості призводить до виснаження, зниження адекватності реагування на актуальну ситуацію, нестійкість самоставлення тощо, які в екстремальних умовах посилюють кризу невідповідності, відчуття провини, нікчемності.

Головними характеристиками першого підтипу є виражена акцентуованість особистості в осіб, які, потрапивши в особливі (екстремальні) умови, практично миттєво накопичують досвід власної невідповідності ситуації та негативні оцінки на свою адресу з боку значущих інших. Навіть почувуючись розгубленими, вони не звертаються по допомогу. Цей тип стало можливим виділити в період початку бойових дій у країні (2014–2016 рр.), коли з'явилася значна кількість військовослужбовців з обмеженою професійною придатністю і недостатньою професійною підготовленістю, у тому числі й до участі в бойових діях.

Представники другого підтипу, які мали можливість і час для пристосування до військової служби, досить точно переймають зовнішню манеру поведінки військовослужбовців (визначити цей тип стало можливим у другий період (2017–2019 рр.) зростання випадків суїциду серед військовослужбовців). Проте жорсткі фільтри військового колективу посилюють у них риси залежності й нездатності відпускати ситуацію, заборону переживати тривожно-боязкий спектр емоцій із приводу виконуваної професійної діяльності. Крім того, що це стає ще одним кроком до суїциду та формування інших (наприклад алкогольної) залежностей, ускладнює їх виявлення за допомогою психодіагностичного інструментарію, заснованого на самозвіті. Самі вони також не звертаються по допомогу, до кінця грають роль “справжнього” військовослужбовця. Представники цього підтипу можуть досить тривалий час накопичувати негативні переживання з приводу власної невідповідності, можливим залишається розвиток гострої кризи, наприклад, через втрату значущого іншого. Учинення суїциду в переважній більшості здійснюється на фоні алкогольного сп'яніння. Суїцид досить часто позиціонується як прояв мужності, тому зазвичай його спосіб (множинні поранення внаслідок падіння з висоти, потрапляння під потяг, самостріл) є вітальним. Сформовані псевдо-вольові якості також передбачають доведення до завершення суїцидальних спроб.

Визначальні характеристики другого типу, позначеного як астено-депресивний, такі: виснаженість, демотивованість, звуження життєвих перспектив, негативний фон настрою.

У першого підтипу другого типу ці характеристики зумовлені певною конституційною слабкістю: такими характеристиками нервової системи, як низький темп, низька активність, інтровертованість, що навіть у разі незначного ускладнення ситуації (передусім коли йдеться про виражені фізичні та психічні навантаження і швидкоплинність подій, які потребують швидкого реагування й фізичних сил, помножені на нездатність адекватно просити і приймати допомогу) призводять до значного виснаження, накопичення негативних самооцінок на свою адресу і, як наслідок, до формування астено-депресивної симптоматики. Звуження мотивації, цільової та смислової саморегуляції,

перспектив життя є похідними від конституційної слабкості людини. Особи з такими характеристиками нездатні пройти професійний психологічний відбір на військову службу за контрактом. Крім того, вони навряд чи мають бажання до такого роду діяльності, проте можуть бути серед військовослужбовців строкової служби та мобілізованих (цей тип стало можливим виділити в період 2014–2019 рр., бо з'явилася категорія військовослужбовців за мобілізацією і жорсткішими стали умови відтермінування чи звільнення від проходження строкової служби). Зазначений тип не схильний здійснювати суїцид у стані алкогольного сп'яніння (під дією алкоголю вони не здатні до активних дій). Можливі демонстративні спроби для полегшення свого стану (щоб їх пожаліли, зменшили навантаження), прикладом такої поведінки є іпохондричні прояви, уникнення службового навантаження. Можливі спроби суїциду в період очікування тяжких подій (як попередження гнітючих депресивних переживань).

До другого підтипу віднесено військовослужбовців, які виснажилися внаслідок тривалого виконання службово-бойових обов'язків у складних умовах (екстремальних, бойових і монотонних, які вимагають значних фізичних зусиль). Якщо для першого підтипу характерна недорозвиненість мотиваційно-сислової сфери через конституційну слабкість і несформовану в дитячо-юнацькому віці життєстійкість, то другому підтипу властиві редукція мотиваційно-сислової сфери, втрата сенсу життєдіяльності внаслідок фізичного виснаження, професійного вигорання, розчарування. Можна також припустити, що у представників другого підтипу ще до участі в екстремальних умовах міг бути якийсь дефект розвитку особистості, який обмежував їх доступ до додаткових зовнішніх ресурсів (підтримка родини, товаришів по службі), дефект розвитку сислової сфери (егоїзм, індивідуалізм, несформований патріотизм тощо). Цю редукцію, дефект у частині випадків може посилити набута алкогольна залежність через "традицію" у деяких військових колективах знімати стрес алкоголем, але в цьому випадку суїцид можливий при збереженні (до стадії втрати) критичності самосприйняття (і, ймовірно, у тверезому стані). Навіть без сформованої алкогольної залежності вживання спиртних напоїв посилює депресивні переживання, що може спрощувати ухвалення рішення про суїцид. Тому в цієї групи вчинення суїцидів так чи інакше може пов'язуватись із вживанням алкоголю. Прогнозуємо, що негативна симптоматика ПТСР, виснаження, демотивація, байдужість суспільства (через "звикання" до проблем учасників бойових дій) можуть значно збільшити кількість цього підтипу в наступний (післявоєнний) період.

Найявний поділ на періоди суїцидальної активності дозволяє припустити, що виділені типи й підтипи стають суїцидально активними лише в особливих (екстремальних) для адаптації та самореалізації умовах. По суті, вони є специфічним варіантом прояву нестійкості до стресу, про що також свідчать і виділені підтипи, які відрізняються рівнем професійної підготовки та тривалістю спротиву стрес-факторам. Тому для розуміння ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем важливе не лише визначення належності до типу, а й визначення ситуації, в якій він перебуває, як ускладненої, екстремальної з великим ризиком для життя та здоров'я.

Розділ 5

АВТОМАТИЗОВАНИЙ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ СУБКОМПЛЕКС ПРОГНОЗУВАННЯ СКОЄННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

5.1 Алгоритм визначення суїцидально активних військовослужбовців НГУ як підґрунтя налаштування автоматизованого психодіагностичного субкомплексу “Фактор-S”

Результати проведеного теоретичного й емпіричного дослідження дозволяють говорити про необхідність п'ятикрокового алгоритму психодіагностичної процедури для визначення ризику скоєння суїциду військовослужбовцем НГУ.

Перший крок. Визначення належності військовослужбовця НГУ до суїцидально активного типу розвитку особистості. Процедура визначення типу ґрунтується на психологічній діагностиці за допомогою методик АПС “Профвідбір” (“Психодіагност_2.1”), призначених для проведення професійного психологічного відбору. На цьому етапі не передбачено жодних додаткових діагностичних процедур. Визначення належності до типу здійснюється шляхом порівняння психодіагностичних даних, отриманих під час проходження АПС (дані з комплексу “Профвідбір” (“Психодіагност_2.1”) переносяться (функція “Файл/Збір даних в основну базу”) у комплекс для визначення суїцидальної активності), з виділеними під час дослідження чотирма профілями суїцидальної активності. Віднесення військовослужбовця НГУ до певного суїцидально активного типу розвитку особистості дозволяє психологу в загальних рисах визначити особистісні особливості військовослужбовця НГУ, які стають підґрунтям для його суїцидальної активності. Зазначимо, що через обмеженість статистичних даних для налаштування АПС точне визначення типів суїцидальної активності ускладнене. Тому використовується так званий фільтр, який дозволяє градувати широкий і вузький вибір військовослужбовців відповідно до того, наскільки за своїми характеристиками вони наближаються до виділених типів суїцидальної активності. Так, апробація комплексу показала, що вузький фільтр відбирає сумарно близько 15 % від загальної вибірки військовослужбовців військової служби за контрактом до всіх чотирьох типів суїцидальної активності, широкий – близько 30 %. І хоча ці 30 % мають менше збігів з описаними типами, проте виявлена в них негативна тенденція розвитку особистості потребує професійної уваги психолога.

За результатами цього етапу у висновках розроблюваного комплексу надається загальний психологічний портрет суїцидально активного типу, до якого віднесено військовослужбовця НГУ. Так, у полі “Висновок” головного вікна АПС “Фактор-S” робиться позначка про відповідний тип суїцидальної активності, а в “Досьє респондента” наводиться його розгорнута характеристика.

Другий крок. Здійснюється оцінювання соціальної ситуації розвитку щодо її сприятливості для реалізації негативних рис виділених типів.

Виділені типи мають низьку стресостійкість, тому в стресових умовах швидко накопичуються негативні переживання, відчуття безпорадності й малоцінності, непотрібності та ізольованості, які стають підґрунтям для формування мотивації суїцидальних дій, її розгортання.

Для виділених у цій науково-дослідній роботі типів коло стресогенних ситуацій досить широке, бо будь-яка зміна умов життєдіяльності військовослужбовця призводить до критичного напруження його особистісного адаптаційного потенціалу. У розробленій у рамках цієї роботи “Карти ризику скоєння суїциду військовослужбовцем” узагальнено типові для військовослужбовця НГУ стресові ситуації, визначено їх значущість (вагу) як таких, що можуть актуалізувати негативні переживання. Крім того, карта дозволяє судити про сталість негативної ситуації соціального розвитку (біографічні дані, набута “професійна” здатність до саморуйнації) і про наявність підґрунтя для психопрофілактичних дій (антисуїцидальних факторів). Карту заповнює безпосередній командир військовослужбовця чи психолог (для визначення тих аспектів, за якими у командира (психолога) немає необхідної інформації, потрібно опитати самого військовослужбовця і (або) його близьке оточення) і вона по суті є стандартизованим бланком експертного оцінювання. Карта заповнюється на військовослужбовців НГУ, у яких діагностовано один із чотирьох типів суїцидальної активності.

Зазначимо, що безпосередні командири повинні проходити попереднє навчання щодо роботи з картою та візуальної діагностики ознак суїцидально активних військовослужбовців. Тому, якщо в якогось із військовослужбовців вони спостерігають ознаки, описані в карті, суїцидальні висловлювання або дії, то мусять повідомити психолога, аби здійснити поглиблену діагностику (може виявитися, що дані обстеження під час профвідбору застарілі й необхідне повторне обстеження).

За результатами цього етапу у висновках до розроблюваного комплексу має надаватися узагальнена оцінка сприятливості умов, що склались у період несення військової служби, для реалізації негативних рис виділених типів і конкретна оцінка, яка дозволяє ідентифікувати проблему, що потенційно здатна запустити суїцидальну мотивацію у військовослужбовця. Крім того, відповідно до цих двох (загального і конкретного) видів оцінювання ситуації розвитку особистості військовослужбовця на цьому етапі у висновках також наводять загальні рекомендації щодо профілактики негативних рис виділених типів, необхідності методів кризової підтримки, психологічної терапії та організаційних заходів, які сприяють поліпшенню соціальної ситуації розвитку військовослужбовця НГУ. У полі “Висновок” головного вікна АПС “Фактор-S” робиться позначка про сприятливість чи несприятливість ситуації для реалізації негативних рис виділеного типу (+/-), а в “Досьє респондента” вносяться відповідні висновки-рекомендації.

Третій крок. Після здійснення перших двох етапів (кроків) оцінювання ризику скоєння військовослужбовцем НГУ суїциду (до яких, до речі,

військовослужбовець безпосередньо не залучається: на першому етапі використовуються дані профвідбору, на другому – зовнішнього експертного оцінювання) психолог може *провести уточнювальну розгорнуту психодіагностику щодо глибини наявного дефекту* – рівня астено-невротичних, депресивних розладів, порушення адаптації, сформованості симптомокомплексу ГСР, ПТСР, використовуючи відповідні психодіагностичні методики з вираженою клінічною спрямованістю: “Міні-мульти” і “Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичного стресового розладу”, які є варіантами відомої клінічної методики ММРІ. За результатами цього етапу психолог приймає рішення про необхідність спеціалізованої консультації лікаря-психіатра щодо наявності (інтенсивності) у військовослужбовця астено-невротичної, депресивної симптоматики, порушення адаптації, ПТСР (ГСР); лікаря загальної практики – із питань супутніх психосоматичних змін тощо.

Для реалізації цього етапу в АПС “Фактор-S” мають міститися автоматизовані психодіагностичні методики “Міні-мульт” та “Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу”.

За результатами проходження етапу в полі “Висновок” головного вікна АПС “Фактор-S” робиться позначка про необхідність консультації лікаря (Кл^{+/-}), а в “Досьє респондента” вносяться відповідні висновки за результатами методики.

Як зазначалося, на третьому кроці (етапі) психолог військової частини може вперше особисто розпочати спілкуватися з військовослужбовцем НГУ, в якого ймовірна наявність суїцидальної активності. Тому під час першої бесіди він мусить переконатися в екологічній валідності узагальнених за допомогою АПС даних про військовослужбовця. Головною метою бесіди має бути порівняння особливостей поведінки військовослужбовця, його розповіді про себе з даними психодіагностичного комплексу (портретом і похідними від нього рекомендаціями).

Зауважимо, що гіпотетично існує ймовірність того, що поєднання позначеного нами суїцидально активного типу розвитку особистості і сприятливої для його реалізації ситуації, що визначається за допомогою карти, можуть давати загострення астенічної, невротичної, депресивної симптоматики, порушення адаптивності тощо, проте не призводити до формування суїцидальної мотивації і намірів її реалізації (наприклад, через стійкі релігійні переконання). Це зумовлює необхідність наступного кроку проведення психодіагностики – безпосереднє оцінювання інтенсивності суїцидальної мотивації, намірів, дій.

Для осіб, у яких не формується суїцидальна мотивація, психолог повинен розробити й реалізувати програму заходів для зниження виявленої в них негативної симптоматики та розв’язання проблеми, що її продукує. Таких осіб слід віднести до групи посиленої психологічної уваги за відповідними показаннями і направити на позачергову консультацію лікаря-психіатра тощо.

Зазначимо, що ці перші три психодіагностичні кроки (етапи) здійснюються в рамках так званої первинної психологічної профілактики суїцидальної активності військовослужбовців, бо не йдеться про встановлений

факт суїцидальної активності конкретного військовослужбовця, а лише визначаються передумови, які спонукають військовослужбовця до вибору суїциду як способу розв'язання своїх проблем.

Причому перший крок належить до загального моніторингу, коли психологічному обстеженню підлягають усі військовослужбовці, які вступають на службу (у рамках професійного психологічного відбору), а другий і третій – до спеціального, коли обстежуються військовослужбовці, у яких установлені особливості, що роблять їх чутливими до вибору суїциду як способу розв'язання проблем. Це стосується військовослужбовців, які через наявні особливості самі створюють проблемні ситуації або не вміють чи нездатні розв'язувати проблемні ситуації, або для яких звичайні проблемні ситуації перетворюються на екстремальні тощо. Другий і третій кроки дозволяють визначити, наскільки гостро проявляється негативна симптоматика, що зазвичай є підґрунтям для розвитку суїцидальної мотивації.

Четвертий крок. Безпосередньо здійснюється *оцінювання інтенсивності суїцидальних думок, формування суїцидальних намірів, підготовки, досвіду суїцидальних дій.* Цей діагностичний крок (етап) належить до вторинної психологічної профілактики, оскільки безпосередньо йдеться про встановлення факту суїцидальної активності конкретного військовослужбовця, визначення її інтенсивності. Зауважимо, що цей етап має певні складності в реалізації щодо першого типу, який є досить потайливим. Особистість такого типу може давати соціально схвальні відповіді на поставлені запитання. Для другого типу недоцільне використання занадто довгих і складних психодіагностичних процедур. Відповідно, на цьому етапі доцільно використовувати методикау ТАТ (модифікацію для діагностики суїцидальних мотивів, намірів) і психодіагностичну бесіду. Представники другого типу суїцидальної активності зазвичай орієнтовані на отримання допомоги, проте швидко виснажуються, тому можна використовувати структуровану психодіагностичну бесіду з прямими питаннями чи скринінг-опитуванням. Представники першого типу можуть намагатися приховати суїцидальні наміри, тому варто використовувати проєктивну методикау та непрямі питання. За необхідності здійснювати опитування близького оточення військовослужбовця щодо наявності в нього суїцидально забарвлених висловлювань і дій (такі дані може містити й карта ризику скоєння суїциду військовослужбовцем). За результатами цього етапу психолог мусить визначитися з індивідуальною програмою психопрофілактики, її інтенсивністю, потребою в консультації психіатра (із можливою подальшою госпіталізацією), закріплення наставника, який постійно опікуватиметься військовослужбовцем (надаватиме емоційну підтримку, невідкладну психологічну допомогу в разі загострення негативних переживань, забезпечуватиме у випадку суїцидальних спроб тощо). У розробленій індивідуальній програмі психопрофілактики необхідно враховувати рекомендації лікаря-психіатра.

Для реалізації цього етапу в АПК містяться (стандартна функція АПК “Бланк опитування” і можливість для їх роздрукування) необхідні для проведення ТАТ інструкції, стимульний матеріал і пам'ятка (бланк переліку

можливих запитань) для бесіди. Передбачається, що за цими методиками здійснюється індивідуальна (у цьому випадку ручна) обробка отриманих даних. Результати бесіди чи проєктивної методики ТАТ психолог самостійно вносить у файл “Досье респондента” (Word), який автоматично формує комплекс за іншими даними і відповідно доповнює наявну в ньому інформацію про військовослужбовця. У головне вікно АПС “Фактор-S” психолог у ручному режимі вносить позначку про рівень сформованості суїцидальної мотивації (Наприклад, ! – загальний суїцидальний намір, !! – конкретний суїцидальний намір, !!! – готовність до суїцидальних дій і приготування до суїцидальної спроби).

У розроблюваному АПС “Фактор-S” містяться типові рекомендації, що актуалізуються під час проходження другого кроку (етапу) і на підставі яких психолог розробляє індивідуальний план заходів профілактики суїцидальної активності військовослужбовця, урахувавши як типові рекомендації та власний досвід, індивідуальні особливості військовослужбовця та ситуації, що активували суїцидальну активність, так і межі відповідальності психолога (психіатра), лікаря загальної практики.

У разі низької реакції військовослужбовця на психопрофілактичні заходи психолога та психіатра складається рекомендація про направлення його на спеціалізоване психіатричне обстеження, ВЛК, непідписання (подовження) наступного контракту на військову службу з обов’язковою передачею на спостереження соціального працівника, цивільного лікаря-психіатра.

За позитивної реакції на психопрофілактичну роботу психолога і психіатра реалізація заходів має приводити до зняття актуальної негативної симптоматики і (за можливості) вирішення проблеми, що її продукує. Попри це стійкість досягнутого ефекту перевіряється не рідше одного разу на півроку, тому *п’ятий крок функціонування комплексу – це внесення нагадування в комплекс про необхідність моніторингових обстежень військовослужбовців, визначених як суїцидально активні, для визначення стійкості досягнутого психопрофілактичного ефекту (для вчасної профілактики рецидиву)*. Психолог також оцінює сформований особистісний адаптаційний потенціал у військовослужбовця, який пройшов комплекс заходів психопрофілактики, рівень його стресостійкості і визначитися з рекомендацією командирів щодо можливості залучення військовослужбовця до виконання СБЗ в екстремальних умовах.

Методику для моніторингового обстеження психолог вибирає відповідно до раніше визначеного типу суїцидальної активності і стосунків, які склалися між психологом і військовослужбовцем під час попередньої взаємодії (скринінг-опитування, бесіда, проєктивна методика, стандартизований опитувальник тощо).

У головному вікні АПС “Фактор-S” у ручному режимі психолог вносить позначку про час наступного моніторингового обстеження військовослужбовця.

У разі вчинення особою суїцидальних спроб (завершений чи незавершений суїцид), які відбулися безпосередньо в підрозділі чи про які стало відомо у військовому колективі, із близьким оточенням суїцидента (не лише з товаришами, з якими його пов’язували емоційно-близькі стосунки,

а і просто з контактною групою) обов'язково проводять заходи психопрофілактики (передусім дебрифінг зі свідками події; розглядають можливість поєднання психопрофілактичної роботи з роботою військового капелана), під час яких також визначаються особи, котрі потребують індивідуальної психопрофілактичної роботи. Цей п'ятий крок належить до третинної психопрофілактики.

Для забезпечення цього кроку (етапу) план (фази й перелік можливих питань) дебрифінгу міститься в АПС (функція “Бланк опитування” з можливістю їх роздрукування). Описаний вище алгоритм схематично наведено на рис. 5.1.

У разі неможливості через об'єктивні обставини проводити АПС у повному обсязі передбачається можливість проведення експрес-програми оцінювання суїцидальної активності військовослужбовця – експрес-оцінювання та мінімальний комплект необхідних заходів профілактики. Бланки для його проведення містяться в АПС у стандартній функції “Бланк опитування” з можливістю їх роздрукування.

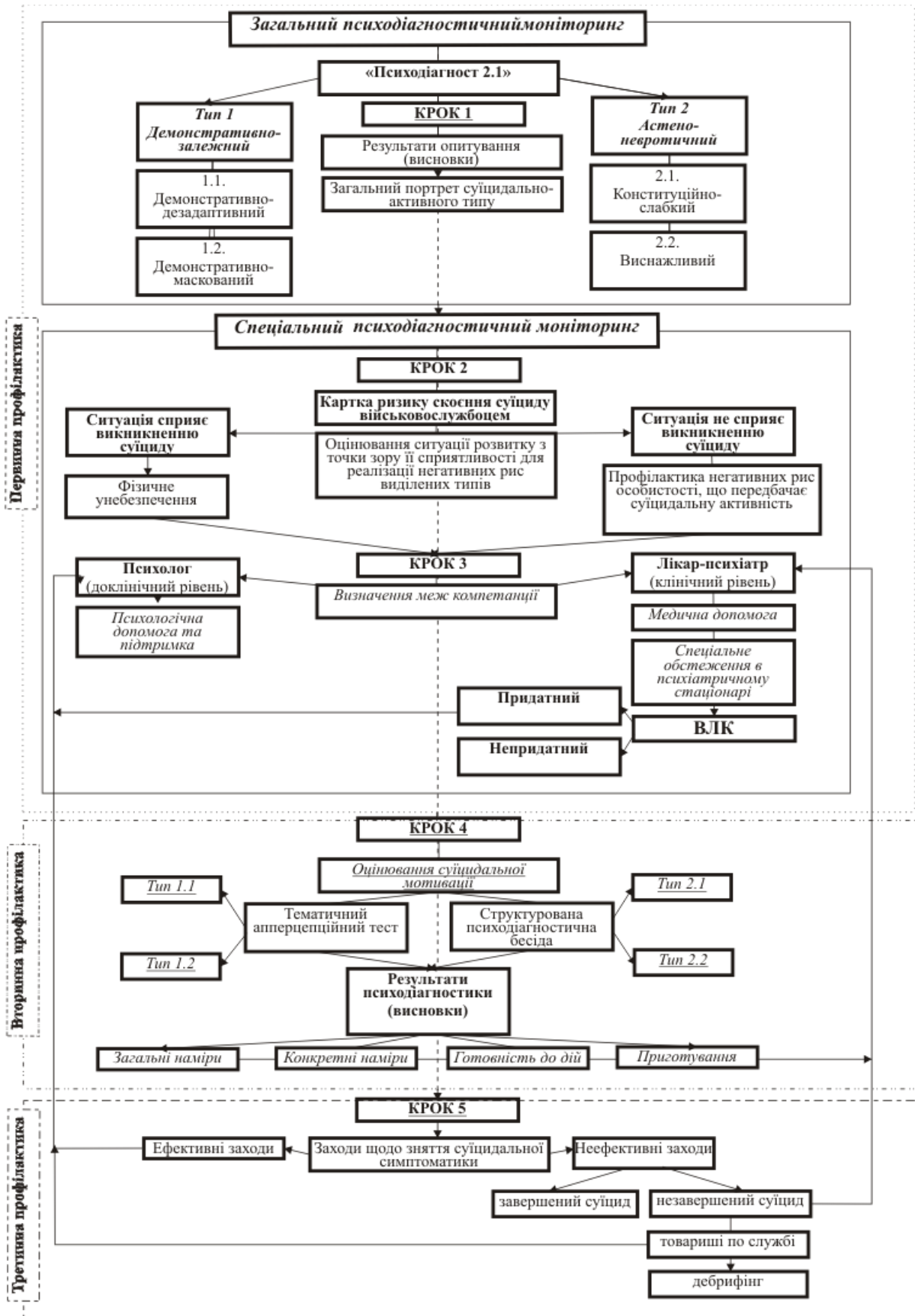


Рисунок 5.1 – Алгоритм визначення ризику скоєння суїциду у військовослужбовців НГУ

5.2 Розроблення профілів особистості військовослужбовців НГУ з різними типами суїцидальної активності

На основі проведеного аналізу і статистичних даних нами було розроблено чотири профілі. Збіг із показниками профілю дозволяє діагностувати наявність підтипу суїцидальної активності, про що у графі “Висновок” АПС “Фактор-S” робиться позначка, натисненням на яку висвітлюється відповідний для визначеного підтипу психологічний портрет.

Перший тип “Демонстративно-залежний”

Підтип 1.1 “Демонстративно-дезадаптований”

Діагностика здійснюється у два етапи.

Етап 1. Визначення наявності демонстративної акцентуації – “Демонстративний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 14 і більше балів.

Етап 2. Визначення напруження адаптаційного потенціалу, у тому числі прагнення взяти під контроль афективні реакції, і наявної залежності у стосунках.

Напруження адаптаційних здібностей і залежність у стосунках:

- 1) за загальною шкалою БОО “Адаптивність” – 28 “сирих” балів і більше;
- 2) за шкалою “Комунікативність” (БОО “Адаптивність”) – 8 і більше “сирих” балів;
- 3) за шкалою “Моральна нормативність” (БОО “Адаптивність”) – 6 і більше “сирих” балів;
- 4) за шкалою “Е” (підлеглість-домінантність) (16PF Р. Кеттелл) – 6 і менше балів.

Затиснення емоційного реагування (прагнення контролювати афективні реакції, які попри це вириваються з-під контролю):

- 1) “Максималізм” (методика О. Г. Шмельова) – 0 балів;
- 2) “Застрягаючий” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 12 балів і більше;
- 3) “Педантичний” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 10 балів і більше;
- 4) “Циклотимічний” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 9 балів і більше;
- 5) “Неврівноважений” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 6 балів і більше.

Підтип визначається за наявності умов першого етапу і збігу 75 % з умовами другого етапу (не менше 7 – для широкого фільтра чи 8 – для вузького фільтра з 9 пунктів).

Додаткові соціально-демографічні показники, які допоможуть психологу впевнитись у наявності підтипу:

- військовий статус (стаж служби менше одного року; військова служба за контрактом, за мобілізацією, строкова служба);
- перші випадки (“дебют”) тривалого вживання (понад доби) алкоголю або прояви запою.

Військовослужбовці, які належать до цього підтипу, зазвичай ті, кого нещодавно призвали на військову службу (уклали контракт як добровольці, були мобілізовані чи призвані на строкову службу) і відразу потрапили у складні умови несення служби (новий колектив і нові професійні завдання, важкий у фізичному плані графік несення служби через велику кількість добових нарядів, екстремальні умови участі в бойових діях тощо). Така складність адаптації значною мірою є наслідком поліакцентуації їхньої особистості з провідною роллю демонстративної акцентуації. Тому, незважаючи на те, яким чином потрапили на військову службу, вони, орієнтуючись на погляди свого нового оточення, демонструють бажання служити, створюють образ “справжнього” військовослужбовця (“справжнього” патріота, “справжнього” громадянина тощо), який здатний долати всі складнощі служби. Їхні уявлення про військову службу і місце у військовому колективі можуть мати ореол романтичності (прагнуть героїчної самореалізації і не зовсім уявляють реальні обставини військової служби). Зосереджуючись на соціальному оточенні, свідомість цих військовослужбовців виявляється нездатною одночасно з цим адекватно реагувати на швидкоплинну екстремальну ситуацію, внаслідок чого вони не лише переживають загрозу власному життю, а й розчарування в собі, накопичують негативні оцінки на свою адресу від значущих інших. Чим менше ці військовослужбовці підготовлені до військової служби, до дій в екстремальних ситуаціях, тим глибше розрив між тим, якого ефекту своїми діями вони прагнули досягнути, і оцінками їх дій значущими іншими, тим глибша криза невідповідності, яку вони переживають. Їхній образ “Я” будується не на об’єктивних зворотних зв’язках від професійної екстремальної ситуації (об’єктивних успіхів і невдач), а на основі зворотних зв’язків від значущих інших (тобто відбиття об’єктивної ситуації переломлене через соціальні оцінки), які в екстремальній ситуації не завжди можуть бути об’єктивними, толерантними, стриманими. За таких умов криза невідповідності, підживлена почуттям провини, розвивається досить швидко – від кількох днів до двох-трьох місяців. Намагаючись створювати образ “справжнього”, “мужнього”, “сміливого” чоловіка, страждаючи від негативних переживань, ці військовослужбовці не звертаються по допомогу, до останнього намагаючись “комусь, щось довести”, вони можуть вдаватися до невинуватих-ризикових, “героїчних” дій чи вибирати досить жорстокі способи вчинення самогубства.

Зазначимо, що навіть не в екстремальних, а лише в ускладнених, нових, незвичних умовах військовослужбовці з вираженою акцентуацією особистості мають проблеми з адаптацією; через яскравість поведінки вони можуть накопичувати негативні оцінки на свою адресу (дратувати окремих товаришів по службі), формувати явні конфліктні стосунки з окремими членами військового колективу, що менше ніж за півроку може призвести до вираженої кризи невідповідності соціальному очікуванню і нав’язаних умов самореалізації – прагнення позбутися страждань (у тому числі і шляхом позбавлення себе життя).

Підтип 1.2 “Демонстративно-маскований, чи скомпенсований”

Діагностика здійснюється у два етапи.

Етап 1. Визначення наявності демонстративної акцентуації – “Демонстративний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 14 і більше балів.

Етап 2. Скомпенсована зовнішня поведінка за рахунок конституційних ресурсів.

Напруження адаптаційних здібностей (у тому числі для контролю тривалості зовнішнього прояву переживань для підтримання бажаної інтенсивності стосунків), які доходять до рівня конституційних структур особистості:

- 1) за загальною шкалою БОО “Адаптивність” – 28 “сирих” балів і більше;
- 2) за шкалою “Нервово-психічна стійкість” (БОО “Адаптивність”) – 12 і більше балів;
- 3) за шкалою “Ригідність” (методика Б. М. Смирнова) – 8 і менше балів;
- 4) за шкалою “Екстраверсія” – 18 балів і більше.

Скомпенсована зовнішня поведінка (у тому числі й нульові відповіді як прагнення контролювати ситуацію обстеження (актуальну ситуацію) та загальна демонстрація соціально схвалюваної виваженої поведінки):

- 1) шкала “Афективність” (методика О. Г. Шмельова) – 0 балів;
- 2) шкала “Демонстративність” (методика О. Г. Шмельова) – 0 балів;
- 3) шкала “Асоціальні мотиви” (“Закрита анкета вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”) – 10–15 балів;
- 4) “Педантичний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 10–14 балів;
- 5) “Неврівноважений тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 6–9 балів.

Створення ілюзії контролю власного життя (я сам вибрав професію військовослужбовця; у мене є час, аби змінити своє життя):

- 1) шкала “Самостійний вибір професії” (“Закрита анкета вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”) – 20–24 бали;
- 2) шкала “Часова перспектива” (методика О. Г. Шмельова) – 17 балів.

Підтип визначається за наявності умов першого етапу і збігу 75 % з умовами другого етапу (для широкого фільтру не менше 7 чи 8 для вузького фільтру із 11 пунктів).

Додаткові соціально-демографічні показники, які допоможуть психологу впевнитись у наявності підтипу:

- військовий статус: стаж служби не менше року; проходження військової служби за контрактом;
- тривале зловживання алкоголю з метою зняття напруження, яке постійне переживається.

До цього підтипу належать військовослужбовці, які за своїми конституційними особливостями схильні до формування залежних від оточення стосунків, є поліакцентуваною особистістю з провідною роллю демонстративної акцентуації. Проте, перебуваючи у відносно м’яких умовах життєдіяльності, у досить толерантному соціальному оточенні, вони можуть

певним чином скомпенсувати прояви цих акцентуацій. Якщо і вступивши на військову службу, вони на досить тривалий час потрапляють у відносно м'які умови (їм відразу не довелося брати участь у бойових діях; службове навантаження, розпорядок дня дозволяли відновлювати сили; під час професійного навчання їм терпляче пояснювали матеріал і відносно м'яко виправляли помилкові дії; вони не мали виражених конфліктів у колективі), то вони навчаються формально відтворювати поведінку, притаманну військовослужбовцям. Попри демонстративні риси й екстравертованість у їхній поведінці з'являється більше стриманості, менше екстравагантності, манерності. Проте з посиленням військової ідентифікації (важливість вольових якостей, товариськості) у них можуть загострюватися нездатність відпускати ситуацію, залежність від значущого іншого, заборона відчувати емоції тривожно-боязкого спектра. Ускладнюючи взаємодію із ситуацією стосунками зі значущим іншим, військовослужбовці цього підтипу ризикують не встигати за нею, витрачати зайву енергію на подвійний контроль і мета-переживання ("що про мене подумають інші?"). Їхній спосіб пристосування до ситуації занадто енерговитратний, що в адаптації до екстремальних умов має фатальне значення. Орієнтуючись не на реальну (об'єктивну) успішність дій, а на оцінку цих дій іншими, вони не завжди здатні зібрати всю множинність відбиття в єдиний несуперечливий образ "Я–професіонал" і попри наявний професійний досвід можуть так і не набути впевненості у своїх професійних діях. Сумніви в собі як у професіоналі збільшують час і енергетичні витрати в реагуванні на ситуацію і, відповідно, негативно позначаються на адекватності й успішності дій в екстремальних умовах.

У відносно м'яких умовах несення служби ці військовослужбовці можуть доволі успішно виконувати свої обов'язки протягом кількох років і навіть бути, як-то кажуть, на доброму рахунку у керівництва, яке не досить тісно з ними співпрацює. У разі ускладнення професійної ситуації адаптивність їхньої поведінки стрімко знижується: прагнення постійно контролювати ситуацію взаємодії, неможливість її відпустити значно виснажує їхні сили й увагу. Поєднання неможливості самостійного прийняття рішення "без ухвали" (позитивної оцінки, орієнтації на думку, схвалення) значущого іншого і швидкоплинної ситуації значно зменшують адекватність їхніх дій в екстремальній ситуації, унаслідок чого вони можуть почуватися і бути розгубленими й дезорієнтованими. Це змушує інших військовослужбовців, з якими вони сформували дружні (залежні) стосунки, відволікатися від виконання поставленого службово-бойового завдання, захищати, рятувати їхнє життя. Згодом вони можуть переживати почуття провини, підживлюване в них оточенням.

Криза невідповідності їхнього "Я" вимогам ситуації і соціальним очікуванням у представників цього підтипу може бути як похідною від накопиченого негативу оцінок на адресу власного "Я" і відповідно складно її співвіднести з конкретними негативними подіями в житті військовослужбовця, так і мати стрімкий характер розвитку на підставі вираженого неуспіху дій в екстремальних умовах і переживання з приводу цього почуття провини

(унаслідок значних збитків, загибелі людей тощо) чи через втрату (загибель, розірвання стосунків) значущого іншого.

За таких обставин вони можуть скоювати суїцид, аби довести, що їм “не слабо”, вони не боягузи і все, що сталося, прикрий випадок. Спроби суїциду вони вважають доказом їхньої мужності, а не проявом слабкості, тому навіть за відверто демонстративних мотивів учинення суїциду у представників цього підтипу висока летальність суїцидальних спроб. Це саме той випадок, коли розвинені псевдо-вольові якості є фактором, що сприяє доведенню суїциду до кінця.

Прагнення розслабитися через переживання постійного напруження внаслідок нездатності відпускати ситуацію і позбавитися відчуття провини може привести цих військовослужбовців до зловживання алкоголем.

Другий тип “Астено-невротичний”

Має два підтипи: конституційно-слабкий і виснажений, чи демотивований.

Діагностика здійснюється у три етапи.

Етап 1. Визначення зниження поведінкової активності – “Гіпертимний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 18 балів і менше.

Етап 2. Знижений фон настрою та слабкість.

Знижений фон настрою та зневіра:

1) “Циклотимічний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 9 балів і більше;

2) “Дистимічний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 9 балів і більше;

3) Шкала “Соціальний песимізм” (методика О. Г. Шмельова) – 43 бали і більше.

Слабкість (у тому числі й на конституційному рівні), брак сил для контролю, реагування, яке відповідає стимуляції (ситуації):

1) “Екзальтований тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 6 балів і менше;

2) “Демонстративний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 14 балів і менше;

3) “Темп реакції” (методика Б. М. Смирнова) – 11 балів і менше;

4) “Активність” (методика Б. М. Смирнова) – 20 балів і менше;

5) “Педантичний тип” (методика К. Леонгарда – Х. Шмішека) – 8 балів і більше. У цьому випадку йдеться про вихолощену педантичність, яка передбачає значні зусилля, але незначний результат. Так, педантичність фахівців із синдромом професійного вигорання.

Демотивованість:

1) “Професійні мотиви” (“Закрита анкета вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”) – 18 балів і менше;

2) “Самостійний вибір професії” (“Закрита анкета вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”) – 14 балів і менше;

3) “Несамостійний вибір професії” (“Закрита анкета вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”) – 13 балів і менше;

4) “L” (довіра-підозрілість) (16 PF Р. Кеттелла) – 5 балів і менше.

Другий тип визначається за наявності умов першого етапу і збігу 75 % з умовами другого етапу (не менше 9 для широкого фільтра і 10 для вузького фільтра із 12 пунктів).

На третьому етапі здійснюється віддиференціювання підтипу 2.1 від 2.2. Для цього звертаємо увагу на вік (1-ша категорія – підтип 2.1, інші категорії – підтип 2.2) і військове звання (рядовий, мобілізований – підтип 2.1, усі інші категорії – підтип 2.2).

Як додатковий соціально-демографічний показник, що допомагає психологу віддиференціювати підтипи, є ставлення до алкоголю. Так, підтип 2.1 не схильний уживати алкоголь, бо втрачає залишок сил, засинає. Підтип 2.2 може зловживати алкоголем, аби розслабитися чи виснажити свою нервову систему і тим самим зменшити рівень негативних переживань.

За необхідності віддиференціювати підтипи один від одного варто враховувати таке:

- у разі збігу підтипів 1.1 з 1.2 присвоюємо підтип 1.2;
- у разі збігу підтипів 1.1 і 1.2 із типом 2 присвоюємо підтип залежно від вікової групи та звання (перша вікова група та звання рядового, мобілізованого присвоюємо підтип 2.1, у всіх інших випадках – 2.2).

Підтип 2.1. “Конституційно-слабкий”

Представникам цього підтипу виснаженість, демотивованість і відчуття безперспективності не дозволяють долати навіть звичайні труднощі військової служби. Ці негативні характеристики є похідними астенічного конституційного типу, який, не витримуючи фізичних і психічних навантажень, продукує астено-депресивну симптоматику. Зазначимо, що він формується на основі не стільки і не тільки слабого типу нервової системи, скільки на основі низького темпу, що в екстремальних швидкоплинних умовах призводить до постійного відставання від ситуації і невідповідності (через відставання в часі) дій ситуації. За деякими науковими джерелами подібна заторможеність можлива також унаслідок деструктивності виховання в родині: ці зміни настільки глибокі, що мають вплив і в дорослому віці, а це дозволяє ставити їх на один щабель із конституційними особливостями. У гонитві за ситуацією військовослужбовці цього підтипу не лише виснажуються, але й розчаровуються в собі (розчарування як результат об’єктивної оцінки своєї взаємодії із ситуацією, що негативно позначається на їх самооцінці, самоповазі). Хоча гіпотетично можливо, що їхній спотворений вихованням у деструктивній родині світогляд, де оточуючий світ завжди небезпечний, а життя – завжди страждання, інтерпретує негативні події, які відбуваються в їхньому житті (навіть якщо це війна чи природні катастрофи, в яких вони об’єктивно не можуть бути винними) як те, на що вони заслуговують, як “свою долю”, як те, що “ім на роду написано”. В екстремальній ситуації негативні емоції від втоми й розчарування в собі підсилюють одне одного. Через конституційну слабкість, виснаженість у них знижена поточна мотивація і звужений перспективний план на життя. Можливо, через останнє і значний досвід швидкого виснаження й накопичених негативних переживань ці військовослужбовці не вірять у те, що складні часи минуть, варто трохи

потерпіти, тому рішення піти з життя вони можуть ухвалювати досить швидко – іноді невдовзі після різкої зміни (погіршення) умов життя.

На вживання алкоголю ці військовослужбовці реагують цілковитим розслабленням, сонливістю чи заторможеністю, тому для них нехарактерне вчинення суїцидів у стані алкогольного сп'яніння. Представники цього підтипу можуть скоювати самогубства за незначного епізодичного покращення умов, побоюючись, що згодом жахи втоми і депресивних переживань повернуться. Можливе вчинення суїциду в період очікування (прогнозування) негативних подій (поки ще є сили), наприклад, у період очікування відрадження до зони бойових дій.

Саме для представників цього підтипу характерні висловлювання з приводу можливості вчинення суїциду і демонстративні спроби суїцидів як спосіб залучити допомогу, якимось чином змінити своє становище (можливо, що раніше шантаж суїцидом був єдиним дієвим методом протистояння деструктивним впливам родини). Проте, не отримавши допомоги, вони досить швидко приймають рішення позбавити себе від страждань, вибираючи для цього найдієвіші способи: падіння з великої висоти, колеса потяга тощо.

Зазначимо, що за своїми показниками представники цього підтипу навряд чи за власним бажанням чи за порадою близьких виберуть професію військовослужбовця (для всіх очевидно, що вони не відповідають вимогам, які висуваються до військовослужбовців), проте можуть бути виявлені у вибірці військовослужбовців строкової служби і військовослужбовців, які вступили на службу за мобілізацією.

Підтип 2.2. Виснажений, чи демотивований

Представники цього підтипу внаслідок тривалої фізично виснажливої монотонної праці (наприклад, велика кількість добових нарядів протягом року й більше) або тривалої участі в бойових діях (по кілька відраджень до зони бойових дій протягом року) і невпевненості в тому, що ситуація поліпшиться, можуть доходити висновку про безперспективність подальшого ведення боротьби за життя, подальше сподівання на щось краще. Саме через тривалість періоду значних фізичних і емоційних навантажень, аби зберегти сили, у цих військовослужбовців спочатку були редуковані всі сфери життєдіяльності, не пов'язані з основною, актуальною діяльністю. Так, для учасників бойових дій редукції могли піддаватися стосунки з родиною, друзями, хобі, спілкування тощо, унаслідок чого вони з часом втратили зовнішні ресурси стійкості до стресу (підтримку родини, товаришів), а через захисне зниження мотивації (знов-таки для збереження сил) втратили внутрішні ресурси й інтерес до життя в цілому (втратили сенс життя), що потенційно може пришвидшити рішення про самогубство.

Таким чином, представниками цього підтипу зазвичай є військовослужбовці зі значним досвідом служби за контрактом, участі в бойових діях, які втратили родину (розлучилися чи на межі розлучення, посварилися з батьками, родичами, не мають можливості підтримувати спілкування з ріднею через значну відстань і брак часу) і друзів (друзі загинули; припинили спілкування через різницю в поглядах на бойові дії у країні; через

тривалі відрядження втратили зв'язок із друзями; друзі обмежили чи припинили спілкування з військовослужбовцем через наявні в нього ознаки порушення адаптації, характерні для учасників бойових дій, – дещо підвищену агресивність, гнівливість, схильність до роздратування тощо). Рішення піти з життя вони можуть приймати під дією алкоголю, який посилює наявні негативні переживання, відчуття самотності, непотрібності. Мотивом-приводом для вчинення суїциду може стати розлучення, сварка з дружиною, другом тощо.

Можливе також припущення, що у представників цього підтипу ще до участі в екстремальних умовах міг бути певний дефект розвитку особистості, який обмежував їм доступ до додаткових зовнішніх ресурсів (підтримка родини, товаришів по службі), дефект розвитку смислової сфери (егоїзм, індивідуалізм, несформований патріотизм тощо). Цю редукцію, дефект у частині випадків може посилити набута (у тому числі й через “традицію” у деяких військових колективах знімати стрес алкоголем) алкогольна залежність.

Інколи алкогольна залежність у військовослужбовців-комбатантів ставала додатковим фактором фізичного виснаження, редукції мотиваційної сфери і втрати соціальних контактів, які раніше забезпечували емоційну підтримку, допомогу й стресостійкість. За певного збереження критичності в самостваленні (про що свідчать висловлювання щодо власної нікчемності, переживання сорому й висловлювання про суїцид), усвідомлення глибини власного падіння, такі військовослужбовці можуть (найімовірніше у тверезому стані) скоїти суїциди. Мотиви суїциду у них можуть бути неочевидними, а приводом стати вияв неповаги з боку оточення (як військовослужбовців, так і цивільних).

Зазначимо, що в період бойових дій, поки задіяна єдина збережена (через постійну актуальність) у них ланка мотивації, вони перебувають в оточенні товаришів по зброї і відволікаються від негативних переживань на виклики актуальної небезпечної ситуації, імовірність скоєння суїциду в них найменша серед усіх інших суїцидально активних підтипів. Крім того, цей підтип, маючи досвід успішної боротьби з життєвими негараздами (що і треба використовувати у плануванні індивідуальної програми профілактики), найсприйнятливіший до психопрофілактичної роботи. Проте після припинення бойових дій (припинення участі військовослужбовця в бойових діях, у тому числі й під час відпустки, тривалих періодів між ротаціями), коли єдина збережена ланка мотивації стане неактуальною, а негативна симптоматика ПТСР продовжить свою дію і суспільство внаслідок звикання стане байдужішим до учасників бойових дій, суїцидальна активність цього підтипу може значно зрости.

5.3 Розроблення “Карту ризику скоєння суїциду військовослужбовцем НГУ”

Для оцінювання ситуації як такої, що сприяє чи не сприяє реалізації суїцидальної активності виділених типів (підтипів), було розроблено “Карту ризику скоєння суїциду військовослужбовцем НГУ”, що являє собою методику експертного оцінювання. Вона заповнюється особою (бажано, безпосереднім командиром), яка має значний досвід спільної тісної взаємодії, спостереження за особливостями поведінки, оцінювання якості діяльності військовослужбовця, змінами його психоемоційного стану у звичайних та екстремальних умовах.

Бланк “Карту ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”

“Карта ризику скоєння суїциду військовослужбовцем” заповнюється психологом (у тому числі діловодом служби психологічного забезпечення) або безпосереднім командиром, або командиром підрозділу (заступником командира по роботі з особовим складом), іншими військовослужбовцями, які знайомі (товаришують або взаємодіють по службі) з оцінюваним протягом 6 і більше місяців.

Карта має 5 блоків, оцінки за ними потрібно розставляти відповідно до змісту.

У першому блоці наведено перелік подій, які можуть потенційно негативно вплинути на розвиток особистості, її здатності довіряти оточенню, приймати його допомогу, вірити в можливість змінити життя на краще (події відбулися давно, проте залишили свій відбиток у житті оцінюваного, змінили його ставлення до життя в негативний бік).

У другому блоці наводяться ситуації, які сталися нещодавно (не пізніше 6 місяців). У перелік внесено події, котрі болісно переживаються людиною.

До третього блока віднесено перелік емоційних реакцій, експресивних дій, висловлювань, які свідчать про психічні страждання людини, їх тяжкість, непереносність і про прагнення припинити ці страждання.

Увага!!! Події та реакції, указані у блоках 2 і 3, що мали місце в житті людини протягом останніх 6 місяців, мають обов’язково бути відзначеними, навіть якщо на момент оцінювання вони перестали проявлятися у поведінці.

Четвертий і п’ятий блоки заповнюються, якщо оцінки в перших трьох блоках відрізняються від “0”.

До четвертого блока віднесено життєві обставини, які пов’язують людину обов’язком і утримують від спонтанних дій, проявів малодушності або відтермінують такі реакції принаймні доти, поки з’явиться можливість перекласти ці обов’язки на когось іншого.

До п’ятого блока віднесено перелік життєвих подій, які можуть зняти етичні обмеження щодо агресивних дій, у тому числі й тих, що спрямовані на себе, а також знімають фізіологічні обмеження щодо можливості вчинення таких дій: знижують страх крові, болі, страх смерті.

Шкала оцінювання:

0 балів – наявність такого параметра повністю виключена.

1 бал – є певні відомості (із документів чи навіть чутки) про наявність такого параметра, проте на поведінці оцінюваного параметр ніяк не відбивається.

2 бали – параметр наявний у поведінці оцінюваного. Про параметри, указані в блоках 1, 4, 5, оцінюваний інколи згадує під час спілкування, у тому числі і з незнайомими людьми.

3 бали – параметр виражений, чітко відбивається на поведінці (або в поведінці відбиваються явні прагнення контролювати його прояв, у тому числі змінювати на протилежний – напускна веселість, бравада). Події, віднесені до блоків 1 та 4, 5, часто згадуються оцінюваним, використовуються для виправдання чи аргументації своїх вчинків.

Параметри оцінювання	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
1	2	3	4	5
<i>1. Біографічні дані</i>				
1.1. Наявність власних думок про самогубство в минулому				
1.2. Виховання в неповній чи неблагополучній родині, у дитячому будинку				
1.3. Смерть або розлучення батьків до досягнення суб'єктом 16 років				
1.4. Деформація спрямованості особистості (відсутність життєвих планів, професійних інтересів, деформація ієрархії потреб)				
1.5. Уразливість (віктимність) щодо нещасних випадків через порушення заборон, дисципліни тощо (часте отримання травм, опіків, потрапляння в ДТП тощо)				
1.6. Різка зміна соціального чи професійного статусу (погіршення матеріально-побутових умов, зниження по службі)				
1.7. Наявність у біографії військовослужбовця (строкової служби чи за контрактом) зміни кількох місць навчання чи роботи без істотних причин				
1.8. У біографії військовослужбовця була смерть дружини (чоловіка, дитини) чи розлучення (більше ніж 2 роки тому)				
<i>2. Актуальна ситуація (чи ситуація, яка мала місце не пізніше ніж 6 місяців тому)</i>				
2.1. Сімейний конфлікт між подружжям, із дітьми, батьками, батьками дружини (чоловіка)				
2.2. Участь у бойових діях, використання зброї на ураження під час виконання СБЗ, спостереження загибелі товаришів по службі чи цивільних. Спостереження загибелі дітей під час бойових дій, нещасних випадків тощо. Значний досвід переживання тривалого фізичного навантаження, терпіння втоми та болю, що призвели до психічного і фізичного виснаження				
2.3. Перебування в полоні та пов'язані з цим особливості життя після звільнення (взаємовідносини у військовому колективі, родині)				
2.4. Матеріально-побутові труднощі (об'єктивно чи суб'єктивно нерозв'язні): велика заборгованість перед банком, імовірність втрати житла, гостра потреба у грошах на дорогу операцію для близького родича				
2.5. Різке погіршення соматичного чи психічного здоров'я, особливо якщо воно супроводжується головним чи м'язовим болем, задихом, тривалим безсонням, явною перспективою стати інвалідом, нездатним самостійно про себе піклуватися чи втратою дієздатності внаслідок розладу психічних функцій				

Продовження бланка

1	2	3	4	5
2.6. Службовий конфлікт (з окремим товаришем по службі, із військовим колективом свого чи іншого підрозділу, з командуванням підрозділу, військової частини)				
2.7. Правовий конфлікт (страх перед покаранням за порушення законності)				
2.8. Критична ситуація в службовій діяльності				
2.9. Процес адаптації до нових умов служби (новобранець (строкової служби, служби за контрактом, випускник закладу вищої освіти чи переведений з інших військових формувань), який перебуває на службі (у новому підрозділі) менше 6 місяців)				
2.10. Затяжний чи нерозв'язний конфлікт у будь-якій сфері життєдіяльності				
2.11. Об'єктивно несправедливе ставлення (недооцінювання) з боку значущих інших (дружини, дітей, друзів, товаришів по службі, командира). Фрустрація честі та гідності військовослужбовця				
2.12. Відсутність перспектив у значущій сфері (професійний, сімейний крах)				
2.13. Утрата близьких людей, смерть яких настала не більше ніж 2 роки тому (актуальне горювання)				
2.14. Дефіцит спілкування і довірчих стосунків (ізолюваність унаслідок низького соціального статусу, нездатності встановлювати стосунки або через відсутність інших товаришів по службі (строкової або контрактної служби)				
2.15. Сформована протягом останнього року болісна залежність від колективу чи від якоїсь конкретної особистості (товариша по службі, дружини (чоловіка), дівчини (хлопця) тощо)				
<i>3. Психологічний стан особистості, детермінований актуальною ситуацією (ознаки суїцидальної активності)</i>				
3.1. Утрата інтересу до значущих сфер життя (професійної, особистісно-сімейної), зниження загальної активності				
3.2. Істотна зміна поведінки на непритаманну цій особистості (наприклад, товариський військовослужбовець став замкнутим, прагне усамітнення; спокійний, витриманий став знервованим, тривожним; особа, яка протягом останніх півроку мала знижений фон настрою, демонструє прояви ейфорії)				
3.3. Завуальовані і відкриті суїцидальні висловлювання (“от, коли мене не буде”, “я втомився від життя, мене ніщо не радує”, “заснути б назавжди і забути про ці проблеми”)				
3.4. Приховані ознаки суїцидальної поведінки (роздавання особистих речей, ретельне впорядкування своїх справ, намагання позачергово нести службу у варті зі зброєю та інше, що свідчить про намір учинити самогубство)				
3.5. Стан дезадаптації (прояви тривожності, агресивності, нервової збудженості, роздратованості, неадекватного реагування та інше, що свідчить про значну невідповідність поведінки особи ситуації)				
3.6. Прояви гострої стресової реакції і посттравматичного стресового розладу (особливо тривале порушення сну (безсоння); збудження; агресивність; флеш-беки; розірвання довірливих стосунків унаслідок агресивності й роздратованості та інші прояви)				

Продовження бланка

1	2	3	4	5
3.7. Частіше вживання алкоголю, лікарських речовин, наркотизація (аби позбутися психічного й фізичного болю, “забутися”)				
3.8. Звуження свідомості, викликане застряганням на актуальній ситуації (говорить про одне й те саме; усі думки зосереджені навколо цього, тому демонструє неухважність до інших тем, робить помилки у професійній діяльності через неможливість зосередитися на ній)				
3.9. Скарги на перевтому, депресивний стан, самотність, непорозуміння, втрату сенсу життя, спустошеність				
3.10. Горювання (болісне переживання втрати близької людини)				
<i>4. Антисуїцидальні фактори</i>				
4.1. Виражене почуття обов'язку, обов'язковість				
4.2. Уникнення осуду з боку оточення				
4.3. Уявлення про гріховність самогубства				
4.4. Переконаність у тому, що потрібно боротися до самого кінця; використовувати всі наявні можливості; уміння брати паузу в очікуванні нових можливостей для розв'язання проблеми; за необхідності відступитися від своїх задумів, змінювати їх і своє ставлення до них (“Козак не той, хто витерпів, а той, хто викрутився”)				
4.5. Добра військова (професійна) соціалізація (знає військові традиції, поділяє професійні цінності, уміє вирішувати складні професійні завдання, приймати професійно значущі рішення, користується повагою товаришів як фахівець і людина, може завжди розраховувати на допомогу та підтримку товаришів по службі)				
4.6. Наявність улюбленої справи, хобі, творчих планів, задумів. Реальна перспектива реалізувати себе в значущій сфері діяльності. Регулярне отримання позитивних емоцій, поваги, дружньої підтримки від однодумців за хобі				
4.7. Емоційна прихильність до значущих інших людей (глибокі почуття любові, відданості, прагнення турбуватися про когось, особливо якщо вони взаємні, мають позитивний відгук: почуття вдячності, пошани)				
4.8. Батьківські обов'язки (особливо, якщо іншого батька немає)				
4.9. Острах заподіяти собі фізичне страждання чи ушкодження				
4.10. Обмежені можливості в іншого батька утримувати родину, піклуватися про неї внаслідок хвороби чи інших обмежень; або якщо іншого батька немає (через розлучення, виїзд за кордон на заробітки, позбавлення батьківських прав, смерть)				
4.11. Необхідність турбуватися про тяжко хворого, інваліда чи несамотійного родича (батьків, сестер-братів, дітей)				
<i>5. Набута здатність до скоєння самогубства (значне зниження страху смерті та болю)</i>				
5.1. Спостереження загибелі товаришів по службі, цивільних осіб				
5.2. Отримання важких травм, поранень, ушкоджень				
5.3. Значний досвід переживання тривалого фізичного навантаження, терпіння втоми й болю, у тому числі внаслідок підготовки до спортивних змагань, тривалих тренувань на полосах перешкод, польових виходах тощо				

Кінець бланка

1	2	3	4	5
5.4. Робота з тілами загиблих товаришів (підготовка до відправлення родичам, захоронення тощо)				
5.5. Попередні спроби вчинення суїциду				
5.6. Загибель близьких родичів унаслідок суїциду (у тому числі якщо був свідком самого акту самогубства або знайшов тіло загиблого)				
5.7. Загибель товариша по службі внаслідок самогубства				
5.8. Уразливість (віктимність) особи (часті травми, переломи, порізи, опіки тощо незалежно від причин)				
5.9. Досвід використання зброї на ураження				

Підрахунок результатів та їх інтерпретація

Існує ймовірність учинення суїциду (тобто ситуація і реакція на неї оцінюються як такі, що сприяють вчиненню суїциду), якщо:

1) 3-бальна оцінка в кожному з таких блоків: блок 2 “Актуальна ситуація”; блок 3 “Переживання” та блок 1 чи та 5 блок (“Біографічні дані” / “Набута здатність до скоєння суїциду”), за відсутності у блоці 4 “Антисуїцидальні фактори” хоча б однієї 3-бальної чи шести накопичених (сума 1- і 2-бальних оцінок) балів;

2) накопичення не менше 4 балів і вище в кожному з блоків: блок 2 “Актуальна ситуація”; блок 3 “Переживання” та блок 1 чи блок 5 (“Біографічні дані” / “Набута здатність до скоєння суїциду”), за відсутності у блоці 4 “Антисуїцидальні фактори” хоча б однієї 3-бальної чи шести накопичених (сума 1- і 2-бальних оцінок) балів;

3) 3-бальна оцінка чи накопичення не менше 4 балів і вище в кожному з блоків: блок 2 “Актуальна ситуація”; блок 3 “Переживання” та блок 1 чи (та) блок 5 (“Біографічні дані” / “Набута здатність до скоєння суїциду”), за відсутності у блоці 4 “Антисуїцидальні фактори” хоча б однієї 3-бальної чи шести накопичених (сума 1- та 2-бальних оцінок) балів.

5.4 Формування висновків-рекомендацій за результатами обстеження за допомогою автоматизованого психодіагностичного комплексу прогнозування вчинення суїцидальних спроб військовослужбовцями НГУ

Відповідно до запропонованого в п. 4.1 алгоритму після другого етапу (заповнення експертом карти) формуються висновки-рекомендації щодо ймовірності вчинення суїциду та заходів психопрофілактичної роботи двох видів (за рівнем узагальнення даних за картою).

Перший вид висновків-рекомендацій отримують за загальним балом за картою (показником загальної сприятливості ситуації для формування й реалізації суїцидальної мотивації) і визначеним типом суїцидальної активності. Відповідно поєднання чотирьох суїцидально активних підтипів із показником сприятливості чи несприятливості ситуації для його реалізації дає 8 загальних висновків-рекомендацій (див. табл. 5.1).

Таблиця 5.1 – Загальні висновки-рекомендації щодо ймовірності реалізації суїцидальної активності військовослужбовця та її профілактика

Тип	За “Картою ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”	
	Ситуація несприятлива для суїциду	Ситуація сприятлива для суїциду
1	2	3
Підтип 1.1	<p>Імовірність учинення суїциду середня.</p> <p>1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі й через телефонний зв’язок.</p> <p>2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану, у тому числі дистанційне консультування), надати першу психологічну й медичну допомогу (у разі спроби суїциду).</p> <p>3. Зарахування до ГППУ (підстава – поліакцентуїтована особистість, труднощі в адаптації у новобранця).</p> <p>4. Допомога в адаптації, пом’якшення акцентуїтованих рис, допомога в розв’язанні конфліктів. Профілактика схильності до маніпулювання.</p> <p>5. Профілактика залежних стосунків, формування адекватного розуміння військової товаришкості. Проходження програми “Командоутворення” під ретельним наглядом психолога.</p> <p>6. Допомога у формуванні професійної ідентифікації, професійного образу “Я” на основі об’єктивних критеріїв успішності професійної діяльності.</p> <p>7. Формування стресостійкості, готовності до діяльності, готовності до ризику. Навчання засобам релаксації, відволікання, дисоціацій</p>	<p>Імовірність учинення суїциду висока !!!</p> <p>1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі й через телефонний зв’язок.</p> <p>2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану, у тому числі дистанційне консультування), надати першу невідкладну психологічну і медичну допомогу (за спроб суїциду).</p> <p>3. Зарахувати до ГППУ (підстава – поліакцентуїтована особистість, труднощі в адаптації у новобранця).</p> <p>4. Внесення змін в організацію несення служби, які виключають можливість усамітнення, нових стресів. Закріплення наставника, який надаватиме емоційну підтримку, спостерігатиме за динамікою психічного стану, запобігатиме вживанню алкоголю, надаватиме невідкладну допомогу, убезпечить у разі спроби суїциду.</p> <p>5. Суворий контроль (заборона) на вживання алкоголю. Робота із близьким оточенням щодо недопущення вживання алкоголю, підвищення дисципліни як на рівні підрозділу, так і на рівні родини і товаришів. Навчання альтернативним засобам релаксації.</p> <p>6. Навчання технікам дисоціацій; технікам, що допомагають знижувати значущість негативних подій (наприклад техніка “Смислового зумера”), відволікатися від них</p>
Підтип 1.2	<p>Імовірність учинення суїциду середня</p> <p>1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі й через телефонний зв’язок.</p> <p>2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану; у тому числі дистанційне консультування), надання першої психологічної та медичної допомоги (за спроб суїциду).</p>	<p>Імовірність учинення суїциду висока !!!</p> <p>1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі через телефонний зв’язок.</p> <p>2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану, у тому числі дистанційне консультування), надання першої психологічної та медичної допомоги (за спроб суїциду).</p>

Продовження табл. 5.1

1	2	3
	<p>3. Зарахування військовослужбовця до ГППУ (підстава – демонстративна акцентуація, труднощі в адаптації, наявність аддикцій).</p> <p>4. Профілактика залежних стосунків, формування адекватного розуміння військової товаришкості.</p> <p>5. Попередження формування алкогольної залежності. Навчання заходам релаксації, відволікання, дисоціації.</p> <p>6. Профілактика дезадаптації у службовій діяльності (підвищення адекватності професійного самоставлення, довіри до себе, своєї компетентності).</p> <p>7. Корекція розвитку емоційної сфери (адекватне ставлення до переживання боязкості, тривоги тощо).</p> <p>8. Робота з близьким оточенням військовослужбовця, у тому числі й безпосереднім командиром, щодо допомоги у професійній соціалізації військовослужбовця та профілактики аддикцій.</p> <p>9. Визначення інтенсивності негативних переживань; астеничної, істеричної, психопатичної, іпохондричної та іншої негативної симптоматики; необхідності консультації психіатра з цього приводу.</p> <p>10. Визначення інтенсивності суїцидальних думок і рівня сформованості суїцидального наміру.</p> <p>11. Визначення наявності суїцидальних висловлювань, дій, пов'язаних із підготовкою, демонстрацією наміру скоїти суїцид.</p> <p>12. Помітка про неможливість залучати до екстремальної діяльності без адекватно сформованої професійної ідентичності, достатнього рівня “Готовності до діяльності екстремального профілю” та “Готовності до ризику”.</p> <p>13. У разі невідповідності корекційним впливам – позачерговий огляд лікаря-психіатра, направлення на спеціалізоване обстеження чи направлення на ВЛК.</p>	<p>3. Зарахування до ГППУ (підстава – демонстративна акцентуація, труднощі в адаптації, наявність аддикцій, рекомендації психіатра тощо).</p> <p>4. Внесення змін в організацію несення служби, які виключають можливість усамітнення, нових стресів. Закріплення наставника для емоційної підтримки, контролю емоційного стану, вживання алкоголю, надання першої психологічної та медичної допомоги, убезпечення в разі спроб суїциду.</p> <p>5. Контроль (заборона) вживання алкоголю. Робота з близьким оточенням щодо контролю вживання алкоголю (підвищення дисципліни в підрозділі і на рівні родини). Забезпечення альтернативними засобами релаксації (навчання способам релаксації).</p> <p>6. Навчання технікам дисоціацій, технікам, що допомагають знижувати значущість події (наприклад техніка “Смислового зумера”), відволіктися від них. За потреби робота з почуттями провини, горя тощо.</p> <p>7. Визначення рівня розладу уваги як показника збереження психічного здоров'я. Визначення рівня астеничної, істеричної, психопатичної, іпохондричної та іншої негативної симптоматики.</p> <p>8. Робота з близьким оточенням військовослужбовця, у тому числі й безпосереднім командиром, щодо допомоги в переживанні стресу, провини, горя військовослужбовцем, виявлення в нього ознак дезадаптивної поведінки чи демонстрації суїцидальних намірів.</p> <p>9. Визначення інтенсивності суїцидальних думок і рівня сформованості суїцидального наміру.</p> <p>10. Визначення наявності суїцидальних висловлювань, дій, пов'язаних із підготовкою, демонстрацією наміру скоїти суїцид.</p> <p>11. Визначення необхідності консультації психіатра (з можливою подальшою госпіталізацією) із приводу можливої дезадаптації, суїцидальних намірів, аддикцій.</p>

Продовження табл. 5.1

1	2	3
	<p>Імовірність скоєння суїциду протягом кількох років монотонної фізично важкої праці, затягнутого конфлікту з товаришами по службі, командиром; конфлікту в родині тощо</p>	<p>12. У разі невіддатливості корекційним впливам – позачерговий огляд лікаря-психіатра, направлення на спеціалізоване обстеження чи направлення на ВЛК.</p> <p>Імовірність скоєння суїциду протягом року від моменту ускладнення умов проходження служби</p>
<p>Підтип 2.1</p>	<p>Імовірність учинення суїциду висока!!!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі й через телефонний зв'язок. 2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану, у тому числі дистанційне консультування), надання першої психологічної та медичної допомоги (за спроб суїциду). 3. Зарахування до ГППУ (підстава – труднощі в адаптації). 4. Перегляд навантаження (у новобранців збільшувати навантаження поступово). Не збільшувати навантаження в разі вираженої неуспішності діяльності. Уважно ставитися до призначення в добові наряди. 5. Формування вміння розподіляти свої сили, ресурси, час. Формувати цільову саморегуляцію. Розвиток навичок тайм-менеджменту. 6. Формування доступу до зовнішніх ресурсів: дружні стосунки, здатність приймати допомогу товаришів, організація взаємовигідної співпраці. 7. Формування позитивного мислення й розширення часової перспективи (техніки, що передбачають побудову життєвого шляху та формування вміння залучати ресурси ззовні). 8. Робота з близьким оточенням військовослужбовця, у тому числі й безпосереднім командиром, щодо потреби військовослужбовця у фізичній допомозі й емоційній підтримці. Закріпити наставника для збільшення ефективності навчання, безпосередньої прямої допомоги в службі, здійснення емоційної підтримки, спостереження за проявами суїцидальних намірів і дій (із подальшим повідомленням про це командира, психолога), забезпечення в разі суїцидальних спроб. 	<p>Імовірність учинення суїциду висока!!!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі й через телефонний зв'язок. 2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану, у тому числі дистанційне консультування), надання першої психологічної та медичної допомоги (за спроб суїциду). 3. Зарахування військовослужбовця до ГППУ (підстава – труднощі в адаптації, за показниками психіатра). 4. Внесення змін в організацію несення служби, які виключають можливість усамітнення, нових стресів. Закріплення наставника, який надаватиме емоційну підтримку, спостерігатиме за динамікою стану, надаватиме невідкладну психологічну й медичну допомогу, забезпечуватиме в разі спроб суїциду. Увага! Можуть скоювати самогубства в разі покращення стану. 5. Внесення змін в організацію несення служби, які передбачають суттєве зниження навантаження. Не залучати до добових нарядів, доцільні легкі службові завдання, спільна робота. 6. Робота з близьким оточенням військовослужбовця, у тому числі безпосереднім командиром, щодо потреби військовослужбовця у фізичній допомозі й емоційній підтримці. 7. Визначення рівня астеничної, депресивної, іпохондричної та іншої негативної психопатологічної симптоматики. 8. Визначення інтенсивності суїцидальних думок і рівня сформованості суїцидального наміру.

Продовження табл. 5.1

1	2	3
	<p>9. Визначення інтенсивності астенічної, депресивної, іпохондричної симптоматики; необхідність із цього приводу консультації з психіатром.</p> <p>10. Визначення інтенсивності суїцидальних думок і рівня сформованості суїцидального наміру.</p> <p>11. Визначення наявності суїцидальних висловлювань, дій, пов'язаних із підготовкою, демонстрацією наміру вчинити суїцид.</p> <p>12. Рекомендація щодо неможливості залучення до екстремальної діяльності.</p> <p>13. Рекомендація не укладати контракт на військову службу чи направлення на ВЛК.</p> <p>Можуть скоювати суїцид навіть у перші дні після призову, бо адаптація до нових умов, пов'язані з цим конфлікти у стосунках і зміна режиму дня для них уже є стресом</p>	<p>9. Визначення наявності суїцидальних висловлювань, дій, пов'язаних із підготовкою, демонстрацією наміру скоїти суїцид.</p> <p>10. Визначення необхідності консультації психіатра з можливою подальшою госпіталізацією з приводу депресивної симптоматики та (чи) суїцидальних намірів.</p> <p>11. Рекомендація не укладати контракт на військову службу, направлення на ВЛК.</p> <p>Можуть скоювати суїцид навіть у перші дні після призову чи в період очікування відрядження до зони бойових дій</p>
Підтип 2.2	<p>Імовірність вчинення суїциду середня.</p> <p>1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі й через телефонний зв'язок.</p> <p>2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану, у тому числі дистанційне консультування), надання першої невідкладної психологічної й медичної допомоги (за спроб суїциду).</p> <p>3. Зарахування до ГППУ (підстава – переживання негативних психічних станів).</p> <p>4. Зниження навантаження; за необхідності обговорення можливості переміщення на іншу посаду, звільнення (освоєння нових видів діяльності сприяє розгортанню мотивації, є природною профілактикою вигорання).</p> <p>5. Заходи з відновлювання фізичних сил; арт-терапія для відновлення мотивації (подолання сплосченості мотивації). Надаючи рекомендації командирі щодо додаткової відпустки для військовослужбовця, обов'язково слід попередньо оцінити ймовірність скоєння суїциду вдома, коли</p>	<p>Імовірність вчинення суїциду висока !!!</p> <p>1. Налагодження стійкого контакту з військовослужбовцем, доступність для військовослужбовця, у тому числі й через телефонний зв'язок.</p> <p>2. Готовність застосувати техніки кризової інтервенції (у разі погіршення психоемоційного стану, у тому числі дистанційне консультування), надання першої психологічної та медичної допомоги (за спроб суїциду).</p> <p>3. Зарахування до ГППУ (підстава – переживання негативних психічних станів, участь у бойових діях).</p> <p>4. Внесення змін в організацію несення служби, які виключають можливість усамітнення, нових стресів, суттєве зниження навантаження. Закріплення наставника, який надає емоційну підтримку, спостерігає за динамікою стану, надає невідкладну допомогу, забезпечує в разі спроби суїциду.</p> <p>5. Запобігання вживанню алкоголю. Робота з близьким оточенням щодо контролю вживання алкоголю. Заходи з оптимізації емоційного стану.</p> <p>6. Рекомендований курс медико-психологічної реабілітації військовослужбовця, який містить</p>

Кінець табл. 5.1

1	2	3
	<p>військовослужбовець залишиться без постійного нагляду (оцінити сформованість суїцидальної мотивації і готовності до реалізації суїцидальних дій). 6. За необхідності проводити профілактичні заходи, що спрямовані на запобігання професійному вигоранню, втраті сенсу життя, сенсу професійної діяльності тощо.</p> <p>7. Перевірка і формування доступу до зовнішніх ресурсів (допомоги друзів, родини). За необхідності консультація родини з приводу покращення стосунків подружжя.</p> <p>8. Перевірка адекватності, дієвості заходів декомпресії, реабілітації, в яких брав участь військовослужбовець. Додаткові заходи реадптації, реабілітації. Проходження курсу медико-психологічної реабілітації, яка містить програму “Відновлення психологічної безпеки особистості”.</p> <p>9. За необхідності профілактика алкоголізму.</p> <p>10. Визначення рівня депресивної симптоматики, необхідність консультації психіатра.</p> <p>11. Визначення інтенсивності суїцидальних думок та рівня сформованості суїцидального наміру.</p> <p>12. Визначення наявності суїцидальних висловлювань, дій, пов’язаних із підготовкою, демонстрацією наміру скоїти суїцид.</p> <p>13. Рекомендація не залучати до екстремальної діяльності до подолання виснаження, депресії.</p> <p>14. У разі невіддатливості корекційним впливам – рекомендація про непоновлення контракту на військову службу.</p> <p>Можуть скоювати суїцид у випадку тривалої монотонної діяльності: завелика кількість добових нарядів тощо протягом тривалого часу (півроку й більше)</p>	<p>програму “Відновлення психологічної безпеки особистості”.</p> <p>7. За необхідності надання консультації щодо подолання професійного вигорання, втрати сенсу життя, сенсу подальшої професійної діяльності.</p> <p>8. Відновлення доступу й формування нових зовнішніх ресурсів стресостійкості (дружба, родина тощо). У разі необхідності робота з горем, почуттям провини перед загиблими та з іншими негативними переживаннями.</p> <p>9. Визначення інтенсивності симптомів ПТСР, депресії, іпохондрії тощо.</p> <p>10. Визначення інтенсивності суїцидальних думок і рівня сформованості суїцидального наміру.</p> <p>11. Визначення наявності суїцидальних висловлювань, дій, пов’язаних із підготовкою, демонстрацією наміру вчинити суїцид.</p> <p>12. Визначення необхідності консультації психіатра (з можливою подальшою госпіталізацією) щодо депресивної симптоматики, ознак ПТСР.</p> <p>13. У разі невіддатливості корекційним впливам – рекомендації про непоновлення контракту на військову службу чи направлення на ВЛК.</p> <p>Можуть скоювати суїцид у випадку накопичення значної (більше 3–5) кількості відряджень до зони бойових дій</p>

Другий вид висновків-рекомендацій формується на основі конкретних обставин ситуації розвитку особистості військовослужбовця (конкретних виборів за картою), що робить їх специфічнішими (табл. 5.2). Ці висновки-рекомендації щодо специфічних особливостей здійснення психопрофілактичної роботи формуються відповідно до здійснених експертом виборів і враховують конкретні обставини ситуації, їх значущість для особи, стійкість негативної симптоматики, набуту безпосередню здатність до скоєння аутоагресивних дій, наявну платформу для розгортання психопрофілактичних заходів.

Таблиця 5.2 – Специфічні висновки-рекомендації, які відповідають конкретним виборам із “Карти ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”

Вибрані параметри ситуації	Рекомендації
1	2
<i>1. Біографічні дані</i>	
1.1. Наявність думок про самогубство в минулому	Вибираючи заходи профілактики, ураховувати підвищену стійкість суїцидальних намірів у особистості. Можливість несформованості особистої стресостійкості, здатності долати труднощі; можливість ендогенної депресії. Визначити необхідність консультації психіатра
1.2. Виховання в неповній чи неблагополучній родині, у дитячому будинку	Вибираючи заходи профілактики, ураховувати можливість глибокого базисного дефекту у формуванні здатності до нормованої поведінки, дотримання правил, самокерування нормами; недоліки первинної соціалізації, у тому числі як підґрунтя для формування конфліктних стосунків і порушення дисципліни
1.3. Смерть або розлучення батьків до досягнення суб'єктом 16 років	Плануючи заходи профілактики, ураховувати можливість неподоланої дитячої психологічної травми як підґрунтя глибокого базисного дефекту розвитку особистості, формування (маскованої, ендогенної) депресії
1.4. Деформація спрямованості особистості (відсутність життєвих планів, професійних інтересів, деформація ієрархії потреб)	Вибираючи заходи профілактики, ураховувати високу ймовірність несформованості психологічної структури цільової саморегуляції чи ендогенної депресії і таких її проявів, як апатія
1.5. Уразливість (віктимність) щодо нещасних випадків унаслідок порушення заборон, дисципліни тощо (часті травми, опіки, ДТП тощо)	Вибираючи заходи профілактики, ураховувати можливість глибокого базисного дефекту у формуванні здатності до нормованої поведінки, дотримання правил, самокерування нормами. Перевірити можливість сформованої віктимної поведінки як наслідок неподоланих психологічних травм у минулому (почуття провини, негативна ідентифікація тощо)
1.6. Різка зміна соціального чи професійного статусу (погіршення матеріально-побутових умов, пониження по службі)	Вибираючи заходи профілактики, ураховувати можливість значного напруження особистісного адаптаційного потенціалу військовослужбовця, у тому числі й у позаслужбово-бойовій діяльності

Продовження табл. 5.2

1	2
1.7. Наявність у біографії військовослужбовця (строкової служби чи за контрактом) змін кількох місць навчання чи роботи без істотних причин	Вибираючи заходи профілактики, урахувати можливість несформованої здатності до нормованої поведінки, дотримання правил, самокерування нормами; недоліки первинної соціалізації, у тому числі як підґрунтя для формування конфліктних стосунків і порушення дисципліни
1.8. У біографії військовослужбовця була смерть дружини (чоловіка, дитини) чи розлучення (більше 2 роки тому)	Вибираючи заходи профілактики, урахувати можливість наявності неподоланої психологічної травми як підґрунтя розвитку маскованої депресії
<i>2. Актуальна ситуація (чи ситуація, яка мала місце не пізніше ніж 6 місяців тому)</i>	
2.1. Сімейний конфлікт (між подружжям, із дітьми, з батьками, батьками дружини чи чоловіка)	Консультація з родинних проблем. За потреби консультація сімейного психолога, який залучить родину військовослужбовця до консультаційного процесу. Психопрофілактика спрямовується на гармонізацію родинних стосунків. Перевірити гіпотезу про можливу психопатизацію, порушену адаптацію тощо у військовослужбовця як можливу причину його конфліктності
2.2. Участь у бойових діях, використання зброї на ураження під час виконання СБЗ, спостереження загибелі товаришів по службі чи цивільних. Спостереження загибелі дітей під час бойових дій або нещасних випадків тощо. Значний досвід переживання тривалого фізичного навантаження, терпіння втоми й болю, що призвели до психічного й фізичного виснаження	Проведення в разі потреби дебрифінгу, психологічної декомпресії, реабілітації, робота з почуттям провини, допомога в переживанні горя (чи перевірка своєчасності їх проведення й ефективності). Навчання заходам релаксації, дисоціації тощо. Профілактика спрямовується на здатність прийняти бойовий досвід, убудувати його в загальний досвід військовослужбовця, реадaptaцію поведінки. Визначення необхідної частоти проходження моніторингових обстежень із приводу можливого розвитку ознак дезадаптації, ПТСР
2.3. Перебування в полоні та пов'язані з цим особливості життя після звільнення (взаємовідносини у військовому колективі, родині)	Проведення дебрифінгу, психологічної декомпресії, заходів реабілітації, реадaptaції (чи перевірка їх своєчасності й ефективності). За потреби консультація лікарів щодо відновлення фізичного і психічного здоров'я, необхідності санаторно-курортного лікування (реабілітації). Профілактика спрямовується на формування відповідного ставлення до пережитого, здатності до саморегуляції емоційних станів, реадaptaцію. Визначення необхідної частоти проходження моніторингових обстежень із приводу можливого розвитку ознак дезадаптації, ПТСР
2.4. Матеріально-побутові труднощі (об'єктивно чи суб'єктивно нерозв'язні): велика заборгованість перед банком, можливість втратити житло, гостра потреба в грошах на коштовну операцію для близького родича	Емоційна підтримка. Організація консультації з юристом, економістом військової частини. Організація допомоги з боку товаришів по службі, керівництва частини. За необхідності консультація з приводу родинних стосунків, формування адекватного сприйняття і прийняття хвороби близької людини. У разі потреби формування загальної стресостійкості, здатності до цільової та емоційної саморегуляції (планування своїх дій, у тому числі й економічних)

Продовження табл. 5.2

1	2
<p>2.5. Різке погіршення соматичного або психічного здоров'я, особливо, якщо воно супроводжується головним чи м'язовим болем, задухою, тривалим безсонням, явною перспективою стати інвалідом, нездатним самостійно піклуватися про себе чи втратою дієздатності внаслідок розладу психічних функцій</p>	<p>Емоційна підтримка, допомога у прийнятті змін свого нового фізичного чи психічного статусу. За необхідності організація консультації з медичним психологом, психіатром. Робота з родиною у прийнятті змін, що відбуваються з військовослужбовцем, надання йому емоційної підтримки.</p> <p>Навчання засобам релаксації (для зняття напруження й болю), навчання емоційної саморегуляції за допомогою біофітбека.</p> <p>Перевірити гіпотезу про погіршення здоров'я внаслідок копінг-стратегії уникнення (втеча у хворобу) як нездатності вирішувати проблеми, низьку стресостійкість</p>
<p>2.6. Службовий конфлікт (з окремим товаришем по службі, з військовим колективом свого чи іншого підрозділу, командуванням підрозділу, військової частини)</p>	<p>Формування конфліктологічної компетентності. Допомога в переживанні (емоційна підтримка) і розв'язанні конфлікту. За необхідності відновлення позитивності професійного самоставлення, формування адекватності самооцінювання. У разі потреби звернутися до командира з рекомендацією перевести військовослужбовця до іншого підрозділу, на іншу посаду.</p> <p>Перевірити гіпотезу про можливу психопатизацію, порушену адаптації тощо як можливу підставу конфліктності військовослужбовця. Профілактика цих особистісних особливостей</p>
<p>2.7. Правовий конфлікт (страх перед покаранням за порушення законності)</p>	<p>Надання емоційної підтримки. Організація консультації з юристом частини</p>
<p>2.8. Критична ситуація в службовій діяльності</p>	<p>Надання емоційної підтримки психологом та організація такої підтримки військовим колективом. У разі потреби організація і проведення дебрифінгу, індивідуальних заходів кризисної інтервенції. Заходи з відновлення психологічної безпеки особистості. За необхідності корекція, підсилення, формування стійкості та позитивності професійного "Я-образу" на підставі результатів діяльності</p>
<p>2.9. Процес адаптації до нових умов служби (новобранець строкової служби, служби за контрактом, випускник закладу вищої освіти чи переведений з інших військових формувань), який перебуває на службі (у новому підрозділі) менше 6 місяців</p>	<p><i>Допомога новобранцю в адаптації.</i> Курс командоутворення. Підбір наставника, який допоможе освоїти нову діяльність і цінності нового колективу. Рекомендації командира щодо наявних індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовця, також щодо навантаження, готовності самостійно нести добові наряди. Рекомендації командирові на основі встановлених особливостей новобранця у питанні добору особового складу варт, військових нарядів, бойових груп, екіпажів, а також проведення з особовим складом психологічної підготовки</p>

Продовження табл. 5.2

1	2
2.10. Затяжний чи нерозв'язний конфлікт у будь-якій сфері життєдіяльності	<i>Емоційна підтримка.</i> Консультація щодо вибору лінії поведінки в конфлікті, шляхів виходу з нього, формування адекватного ставлення до ситуації, що склалася. За необхідності формування конфліктологічної компетентності, стресостійкості, здатності до емоційної й цільової саморегуляції. Виявлення дезадаптивних рис, які стають причинами конфліктів чи сформувалися внаслідок затяжного конфлікту, та їх профілактика. За потреби рекомендувати командирю перевести військовослужбовця до іншого підрозділу, на іншу посаду
2.11. Об'єктивно несправедливе ставлення (недооцінювання) з боку значущих інших (дружини, дітей, друзів, товаришів по службі, командира). Фрустрація честі й гідності	<i>Емоційна підтримка.</i> Формування адекватного самоставлення (посилення його стійкості) на підставі результатів діяльності та взаємодії. У разі необхідності консультація з приводу родинних і міжособистісних стосунків. За ознак депресії – консультація психіатра
2.12. Брак перспектив у значущій сфері (професійний, сімейний крах)	<i>Емоційна підтримка.</i> Заходи з формування цільової саморегуляції, відновлення сенсо-життєвої орієнтації, відновлення ціннісно-мотиваційної сфери, у тому числі за рахунок освоєння нової діяльності (переведення на нову посаду, нове місце служби, заходи арт-терапії) тощо. У разі необхідності консультація сімейного психолога. За наявності ознак депресії – консультація психіатра
2.13. Утрата близьких людей, смерть яких настала не більше ніж 2 роки тому (актуальне горювання)	<i>Допомога в переживанні горя, емоційна підтримка, інші заходи кризової інтервенції.</i> За необхідності робота з близьким оточенням у військовому колективі щодо адекватності сприйняття переживання військовослужбовцем горя і надання йому емоційної підтримки
2.14. Дефіцит спілкування і довірчих стосунків (ізолюваність унаслідок низького соціального статусу, нездатності встановлювати стосунки чи відсутності інших товаришів по службі (строкової або контрактної служби))	Формування компетенції щодо міжособистісного спілкування, тренінг командоутворення. Можливо, необхідні заходи щодо підвищення адекватності, позитивності, стійкості самооцінювання в міжособистісних і професійних стосунках
2.15. Сформована протягом останнього року болісна залежність від колективу чи від якоїсь конкретної особистості (товариша по службі, дружини чи чоловіка, дівчини чи хлопця тощо)	Профілактика залежних стосунків. Підвищення адекватності самоставлення; формування позитивного самоставлення на підставі об'єктивних результатів діяльності і взаємодії з широким колом соціальних об'єктів
<i>3. Психологічний стан особистості, детермінований актуальною ситуацією (ознаки суїцидальної активності)</i>	
3.1. Втрата інтересу до значущих сфер життя (професійної, особистісно-сімейної), зниження загальної активності	Визначитися з необхідністю зниження навантаження, організації допомоги товаришів по службі. З'ясувати, фрустрація якої цінності призвела до демотивованості чи це сталося внаслідок загального

Продовження табл. 5.2

1	2
	<p>виснаження ресурсів через високі навантаження. Заходи з відновлення мотивації, сенсу життя та професійної діяльності; відновлення доступу до зовнішніх і внутрішніх ресурсів активності: родина, товариші, хобі, захоплення тощо. У разі потреби рекомендації командирю щодо додаткової відпуски (попередньо визначитися з імовірністю вчинення самогубства військовослужбовцем без нагляду фахівця).</p> <p>Оцінити необхідність консультації психіатра з приводу неврозу втрати сенсу життя, маскованої депресії тощо. Звернути увагу на те, що особи, які втратили сенс життя і занадто виснажені, можуть скоювати суїциди, коли їхній фізичний стан дещо поліпшиться: з'являться сили для організації і реалізації суїцидальної спроби</p>
<p>3.2. Істотна зміна поведінки на не притаманну для цієї особистості (наприклад, товариський військовослужбовець став замкнутим, прагне усамітнення; спокійний, витриманий став знервованим, тривожним; особа, яка протягом останніх півроку мала знижений фон настрою, демонструє прояви ейфорії)</p>	<p>Зміна поведінки є ознакою того, що в житті особи відбуваються суттєві зміни, або вона виробила інше ставлення до ситуації, що склалася в її житті, можливо, змирилася з психотравмуючою ситуацією, прийняла рішення про скоєння суїциду. Остаточне прийняття рішення, навіть такого, як позбавити себе життя, призводить до припинення боротьби мотивів, зменшення напруження, і як наслідок, збільшення зовнішньої спокійності, урівноваженості. Таке зовнішнє поліпшення стану насправді може бути ознакою прийнятого рішення вчинити суїцид і розпочатою підготовкою до його реалізації</p>
<p>3.3. Завуальовані й відкриті суїцидальні висловлювання (“от, коли мене не буде”, “я втомився від життя, мене ніщо не радує”, “заснути б назавжди і забути про ці проблеми”)</p>	<p>Надання психологічної допомоги в переживанні життєвої кризи.</p> <p>Визначення сформованості суїцидального наміру. У разі потреби заходи психологічної інтервенції спрямовані на зміну рішення про скоєння суїциду (під час першої зустрічі бажано добитися згоди на відтермінування його виконання, згоди на консультацію з фахівцем, який допоможе знизити негативну болісну симптоматику). За потреби створення фізичних перешкод для реалізації рішення скоїти суїцид: відсутність доступу до зброї, неможливість усамітнитися, інші засоби забезпечення особи.</p> <p>Визначення необхідності консультації з лікарем-психіатром (із можливістю подальшої госпіталізації); погодження з ним психопрофілактичних заходів.</p> <p>Інтенсивні відкриті суїцидальні висловлювання притаманніші другому (астено-невротичного) типу суїцидальної активності. Так представники цього типу намагаються отримати допомогу від оточення. Це висловлювання на кшталт: “Я втомився, от би заснути й не прокинутися...”. Вони потребують негайного</p>

Продовження табл. 5.2

1	2
	<p>зниження тиску – зниження навантаження, стресовості подій тощо.</p> <p>Перший (демонстративно-залежний) тип не часто висловлюється про прагнення піти з життя, особливо якщо в його оточенні не прийнято скаржитися, виявляти слабкість. Його висловлювання щодо скоєння суїциду в загальному вигляді можуть звучати так: “Я вам доведу, що я не боягуз...” тощо. Така особистість є значно акцентуваною, її поведінка може бути манерною. Вона гостро реагує на фрустрацію почуття гідності, тому потребує емоційної підтримки, “погладжувань” від значущого іншого. Може бути вкрай потайливою у своїх намірах вчинити самогубство, тому в разі підозри, що це перший тип у ситуації фрустрації гідності, бажано не залишати її на самоті.</p> <p>Установити контакт з особою. Забезпечити доступність для особи, у тому числі й через телефонний зв'язок. Визначити сформованість суїцидальної мотивації, наміру. Надати психологічну допомогу в переживанні, розв'язанні актуальної негативної ситуації. Розпочати засоби кризової інтервенції. У разі потреби забезпечити консультацію з лікарем-психіатром.</p> <p>Фізичні заходи унеможливлення скоєння суїциду (відсутність доступу до зброї, можливості усамітнитися тощо)</p>
<p>3.4. Приховані ознаки суїцидальної поведінки (роздавання особистих речей, ретельне впорядкування своїх справ, намагання позачергово нести службу у варті зі зброєю та інше, що свідчить про приготування до самогубства)</p>	<p>Приховані дії військовослужбовця, які свідчать про підготовку до скоєння суїциду, потребують негайних заходів кризової інтервенції: під час першої зустрічі встановити контакт; визначити сформованість наміру, наявність плану скоєння суїциду; добитися відтермінування рішення про скоєння суїциду та згоди на психологічну роботу (актуалізація мотивації на зміну ситуації), консультацію з фахівцем, який допоможе подолати, пом'якшити негативну, болісну симптоматику.</p> <p>Надання психологічної допомоги в переживанні, розв'язанні актуальної негативної життєвої ситуації. У разі потреби організувати консультацію з лікарем-психіатром (із можливістю подальшої госпіталізації). За потреби створювати фізичні перешкоди для реалізації наміру скоїти суїцид: неможливість усамітнитися, відсутність доступу до зброї, інші способи убезпечення життя військовослужбовця</p>
<p>3.5. Стан дезадаптації (прояви тривожності, агресивності, нервової збудженості, роздратованості, неадекватного реагування та інше, що свідчить про значну невідповідність поведінки особи ситуації)</p>	<p>Надання першої психологічної допомоги, убезпечення життя військовослужбовця. Визначення рівня дезадаптивних проявів, їх стійкості, підґрунтя (особливостей особистості, які стають основою). Відповідно до цього визначитися з необхідністю консультації (госпіталізації) із лікарем-психіатром.</p>

Продовження табл. 5.2

1	2
	Після зменшення інтенсивності симптоматики визначитися з необхідністю заходів реадaptaції, корекції відповідних особистісних особливостей, розвитку стресостійкості тощо
3.6. Прояви гострої стресової реакції та посттравматичного стресового розладу: особливо тривале порушення сну (безсоння); збудження; агресивність; флеш-беки; розірвання довірливих стосунків через агресивність і роздратованість та інші прояви	<p>Надання необхідної психологічної допомоги в переживанні симптоматики ПТСР, у тому числі й першої невідкладної (кризової інтервенції) у випадку гострих психоемоційних проявів. Доступність для консультування за потреби, у тому числі й для дистанційного – телефоном. За необхідності призначати наставника, який буде надавати постійну емоційну підтримку, першу психологічну допомогу, спостерігати за змінами психоемоційного стану і повідомляти про це психолога, убезпечувати в разі суїцидальних спроб.</p> <p>Консультація (із можливістю подальшої госпіталізації) з лікарем-психіатром. Погодження психореабілітаційної роботи з рекомендаціями лікарів (заходи, що допомагають відреагувати негативні переживання; прийняти негативний досвід; допомагають у засинанні; заходи реадaptaції поведінки).</p> <p>Санаторно-курортне лікування, у тому числі і з проходженням програми “Відновлення психологічної безпеки особистості”.</p> <p>Внесення необхідних коректив у службове навантаження (служба без зброї, розклад, який не припускає можливості усамітнитися, незаступання в добові наряди) тощо</p>
3.7. Почастішання вживання алкоголю, лікарських речовин, наркотизація із метою позбавитися психічного та фізичного болю, “забутися”	<p>Інтенсивне навчання засобам релаксації (для зняття затисків, напруження, які посилюють больову симптоматику), відволікання, дистанціювання, інші психологічні техніки переживання болю (наприклад, техніки НЛП, аутогенного тренування). За можливості використання біофітбеку для інтенсивнішого опанування технік релаксації. За необхідності освоювати техніки, які допомагають засинати аби зменшити виснаження.</p> <p>Організація контролю вживання алкоголю як на рівні військової частини (посилення дисципліни, призначення наставника, який контролюватиме аддиктивні прояви і надаватиме вчасну емоційну підтримку), так і на рівні родини (робота з родиною щодо правильного реагування на факти вживання; відволікання від негативних думок, надання емоційної підтримки тощо).</p> <p>Консультація з психіатром (наркологом) для профілактики розвитку аддикції та призначення антидепресантів, із лікарем загальної практики для корекції лікування – вживання знеболювального тощо</p>

Продовження табл. 5.2

1	2
3.8. Звуження свідомості, викликане застряганням на актуальній ситуації (говорить про одне й те саме; усі думки зосереджені навколо цього, унаслідок чого демонструє неухважність до інших тем, робить помилки у професійній діяльності через неможливість зосередитися на ній)	Знизити інтенсивність переживання (у тому числі техніки дисоціації, відволікання, відтермінування прийняття рішення відповідно до ситуації тощо), розширити погляд на ситуацію (розглянути можливість використати техніки смислового зумера) тощо. Психологічна допомога в переживанні актуальної психотравмуючої ситуації. За потреби рекомендації командирів щодо тимчасової зміни, зменшення службового навантаження
3.9. Скарги на перевтому, депресивний стан, самотність, непорозуміння, втрату сенсу життя, спустошеність	Надання емоційної підтримки, використання методів кризової інтервенції при ноогенному неврозі. Формування установки в колективі на взаємодопомогу (здатності не лише надавати, а й приймати допомогу як складника загальної стійкості військового колективу). Рекомендації командирів щодо зниження службового навантаження. Призначаючи додаткові відпустки, обов'язково визначитися з імовірністю скоєння військовослужбовцем самогубства за відсутності професійного нагляду за ним. У разі виражених ознак депресії консультація психіатра. Заходи з відновлення мотивації, сенсу життя – від арт-терапії до опанування нових аспектів професійної діяльності (наприклад, освоєння нової посади за умови достатності ресурсів для формування нових професійних навичок). Санаторно-курортне лікування, у тому числі проходження програми “Відновлення психологічної безпеки особистості”
3.10. Горювання (болісне переживання втрати близької людини)	Надання безпосередньої емоційної підтримки, використання методів кризової інтервенції у випадку горювання. Формування установки у військовому колективі на надання емоційної підтримки, першої невідкладної допомоги в разі загострення психоемоційного стану. Визначення стадії переживання горя і надання відповідної допомоги в адекватності її проходження. За потреби консультація психіатра, у тому числі з приводу доцільності призначення антидепресантів. При інтенсивних негативних переживаннях визначитися з необхідністю коригування службового навантаження: не залишати наодинці; рекомендації щодо служби без зброї
<i>4. Антисуїцидальні фактори</i>	
4.1. Виражене почуття обов'язку, обов'язковість	Незавершені дії, обов'язки перед іншими зазвичай є фактором, який відстроковує реалізацію прийнятого рішення про скоєння суїциду чи змушує особу шукати інший спосіб розв'язання актуальної проблеми. Проте за наявності ознак залежності від іншої людини, почуття обов'язку перед нею може посилювати саморуйнівні тенденції. Крім того, у демонстративних особистостях почуття

Продовження табл. 5.2

1	2
	<p>обов'язку може бути удаваним, тобто використовуватися для прикриття дефекту розвитку їх особистості, а не бути щирим. Це потрібно враховувати, вибудовуючи психокорекційну роботу на основі обов'язковості, почуття обов'язку військовослужбовця</p>
<p>4.2. Уникнення осуду з боку оточення</p>	<p>Оскільки суїцид є соціально несхвальною поведінкою, то орієнтація на уникнення осуду як характеристика самоствалення, що впливає на схвалення прийнятих рішень, становить стримуючий фактор щодо реалізації суїцидального наміру. Проте в залежних стосунках уникнення осуду може ставати фактором суїцидального ризику, якщо особа, від якої залежить військовослужбовець, засуджує його дії.</p> <p>Прагнення соціально схвальної поведінки є досить поширеною характеристикою військовослужбовців, проте особливості військової служби також можуть сприяти формуванню залежних стосунків. Тому психологу потрібно бути уважним, використовуючи стратегії корекції, яка будується на цих характеристиках самоствалення (прагнення відповідати очікуванням оточення – залежність від значущого іншого)</p>
<p>4.3. Уявлення про гріховність самогубства</p>	<p>У разі вираженої релігійності особи, в якій сформований суїцидально активний тип розвитку особистості, чи є актуальними психотравмуючі події, рекомендовано психопрофілактичну роботу поєднувати з роботою військових капеланів</p>
<p>4.4. Переконаність у тому, що потрібно боротися до самого кінця, використовувати всі наявні можливості; уміння брати паузу в очікуванні нових можливостей для розв'язання проблеми; за необхідності відступитися від своїх задумів, змінювати їх і своє ставлення до них (“Козак не той, хто витерпів, а той, хто викрутився”)</p>	<p>Зазвичай вольові якості особистості являють собою сприятливе підґрунтя для профілактики суїцидального ризику. Вольова особа є стресостійкою, життестійкою. Проте, якщо її структура цінностей має лише один пік, то у випадках переживання життєвої кризи (втрати сенсу життя через фрустрації провідної цінності) особа може приймати рішення про скоєння суїциду. У такому випадку особи з вираженими вольовими якостями будуть прагнути довести його до кінця попри всі перешкоди, тому за звичайних життєвих негараздів, будуючи програму профілактики, можна звертатися до вольових якостей військовослужбовця (тим більше, що це професійно важливі якості і на їх розвиток спрямована психологічна підготовка). Проте в умовах втрати сенсу життя особа з вираженими вольовими якостями і сформованим наміром скоїти суїцид має перебувати під цілодобовим спостереженням</p>

Продовження табл. 5.2

1	2
<p>4.5. Добра військова (професійна) соціалізація (знає військові традиції, поділяє професійні цінності, вмє вирішувати складні професійні завдання, приймати професійно значущі рішення, користується повагою товаришів як фахівець і людина, завжди може розраховувати на допомогу й підтримку товаришів по службі)</p>	<p>Добра військова соціалізація і професійна підготовка забезпечують доступ до типових алгоритмів для вирішення типових професійних завдань, що дозволяє вивільнити енергію для реагування на екстремальні події. Крім того, військові цінності є одним із ресурсів для подолання професійних стресових ситуацій.</p> <p>Звернути увагу на реальність товариськості, професійності. Особи з вираженою демонстративною акцентуацією (перший тип суїцидальної активності) можуть вдавати компетентність і товариськість (бути товариськими і компетентними за формою, а не за змістом).</p> <p>У цьому випадку такі компетентність і товариськість не є ресурсом і використовувати їх як підґрунтя для здійснення корекції те саме, що будувати замок на піску</p>
<p>4.6. Наявність улюбленої справи, хобі, творчих планів, задумів. Реальна перспектива реалізувати себе в значущій сфері діяльності. Регулярне отримання позитивних емоцій, поваги, дружньої підтримки від однодумців за хобі</p>	<p>Улюблена справа є джерелом позитивних емоцій, вона також може стати підґрунтям для відновлення мотивації при процесах сплюснення мотивації (втрати сенсу життя, діяльності, вигорання). Проте потрібно звернути увагу на розподіл мотивації між професійною діяльністю і хобі. Коли мотивація до хобі потужніша, ніж до професійної діяльності, то знижується стресостійкість військовослужбовця до професійних стрес-факторів. Хобі відтягує на себе енергію, яка могла бути використаною для подолання стресу. Крім того, за таких умов ускладнюється формування професійної ідентифікації, як наслідок зменшується доступ до таких ресурсів, як підтримка товаришів, упевненість у своїх професійних діях тощо. Людина, яка розривається між двома справами, витрачає на хобі останні сили, остаточно виснажується</p>
<p>4.7. Емоційна прихильність до значущих інших людей: глибокі почуття любові, відданості, прагнення турбуватися про іншого, особливо якщо вони взаємні, мають позитивний відгук (почуття вдячності, поваги)</p>	<p>Підтримка близьких людей є чинником, що підвищує стресостійкість військовослужбовця, у тому числі і в умовах бойових дій. Щирі близькі стосунки – це також мотивація, на яку можна спиратися, плануючи психокорекційний процес. Проте потрібно диференціювати щирі близькі стосунки від залежності від іншої людини. Саме емоційна нерівність (сварки, розриви) залежних стосунків є одним із найпоширеніших приводів для скоєння суїциду. Досить часто діагностичною ознакою залежних стосунків є ранній (14 років і менше) сексуальний досвід</p>
<p>4.8. Батьківські обов'язки (особливо якщо іншого батька немає)</p>	<p>Піклування про дитину – це окрема особлива потужна мотивація людини, яка підтримує її активність, навіть коли втрачено інші сенси життя. Проте якщо у військовослужбовця турбота про дитину перекладена на іншого батька, здійснюється</p>

Продовження табл. 5.2

1	2
	<p>час від часу, сприймається як щось неважливе та обтяжливе, то за такого ставлення вона не зможе стати стримуючим фактором щодо скоєння суїциду.</p> <p>Можливо, певний час стримуючий ефект може мати не саме виконання батьківських функцій, а острах осуду за відмову їх виконувати, тому особа може почати приховувати свій намір учинити самогубство</p>
4.9. Страх заподіяти собі фізичне страждання чи ушкодження	<p>Зазвичай страх заподіяти собі фізичне ушкодження чи страждання є стримуючим фактором щодо реалізації суїцидального наміру. Проте в закритих військових колективах, коли про ці страхи стає відомо іншим, особа може піддаватися нещадній критиці, психологічним і фізичним знущанням, цькуванню, осуду з боку товаришів по службі. За таких умов суїцид може бути прагненням довести військовому колективу, товаришам по службі свою мужність. Такі спроби зазвичай мають летальний характер, передбачають множинні ушкодження</p>
4.10. Обмежені можливості в іншого батька утримувати родину, піклуватися про неї внаслідок хвороби чи інших обмежень, або в разі коли іншого батька немає (унаслідок розлучення, виїзду за кордон на заробітки, позбавлення батьківських прав, смерті)	<p>Залишити свою дитину без захисту й піклування у більшості людей є більшим страхом, аніж власні проблеми. Проте якщо особа має виражену егоїстичну спрямованість, у неї несформовані батьківські почуття до дитини, то обов'язки щодо піклування, у тому числі й фінансові, можуть ставати додатковим стрес-фактором, підштовхувати до скоєння суїциду. Можливо також, що демонстративна особа, яка прагне соціально схвальної поведінки, за необхідності піклуватися про дітей може до останнього приховувати свій намір скоїти суїцид</p>
4.11 Необхідність турбуватися про тяжко хворого, інваліда чи несамотійного родича (батьків, сестер-братів, дітей)	<p>Почуття обов'язку, необхідності піклуватися про залежного від тебе родича зазвичай є стримуючим фактором щодо скоєння суїциду, проте, якщо особа має виражену егоїстичну спрямованість, така необхідність буде для неї додатковим стрес-фактором, підштовхуватиме до скоєння суїциду. Можливо також, що демонстративна особа, яка прагне до соціально схвальної поведінки, за необхідності піклуватися про хворого близького родича може до останнього приховувати свій намір скоїти суїцид</p>
<i>5. Набута здатність до скоєння самогубства (значне зниження страху смерті та болю)</i>	
5.1. Спостереження загибелі товаришів по службі, цивільних осіб	<p>Перевірка наявності, своєчасності і дієвості заходів психологічної декомпресії, дебрифінгів, реабілітації.</p>
5.2. Отримання важких травм, поранень, ушкоджень	<p>Увага до динаміки стану за результатами моніторингових обстежень (увага до періодичності моніторингових обстежень).</p>
5.3. Значний досвід переживання тривалого фізичного навантаження, втоми та болю, у тому числі й унаслідок підготовки до спортивних змагань, тривалих тренувань на смугах перешкод, польових виходах тощо	<p>За потреби робота з переживанням горя, провинною особи, яка вижила.</p> <p>Перевірка збереження адекватності мотивації продовження служби, оптимістичності</p>

Кінець табл. 5.2

1	2
5.4. Робота з тілами загиблих товаришів по службі (підготовка до відправлення родичам, захоронення тощо)	
5.5. Попередні спроби вчинення суїциду	Перевірка наявності та дієвості проведених заходів вторинної і третинної профілактики
5.6. Загибель близьких родичів унаслідок суїциду (у тому числі, коли був свідком самого акту самогубства чи знайшов тіло загиблого)	суїцидальної активності (для профілактики досвіду розв'язання проблем за допомогою суїциду). Перевірка періодичності та результатів моніторингових негативних психічних станів,
5.7. Загибель товариша по службі внаслідок скоєння самогубства	формування суїцидальних намірів, готовності до суїцидальних дій тощо. За необхідності розроблення, корекція та проведення індивідуальних програм профілактики суїцидальної активності; включення до груп військовослужбовців (у рамках ГППУ), в яких проводяться заходи вторинної і третинної профілактики суїцидальної активності. Контроль адекватності переживання горювання
5.8. Уразливість (віктимність) особи (часті травми, переломи, порізи, опіки тощо, не залежно від причин)	Проведення заходів із формування цільової саморегуляція, прогнозування небезпеки, використання перевірених алгоритмів дій, дотримання правил поведіння. Визначення схильності до ризику, профілактика ризикованої, ненормованої поведінки. Перевірка ймовірності негативного самооцінювання, набутого відчуття неспроможності, профілактика негативного самооцінювання
5.9. Досвід використання зброї на ураження	Перевірити наявність і дієвість заходів профілактики цих подій (дебрифінгів тощо) і подальшого моніторингу стану. Увага до динаміки стану за результатами моніторингових обстежень. За потреби робота з переживанням почуття провини тощо. За ознак депресії – консультація психіатра

Таким чином, відповідно до запропонованого у п. 5.1 алгоритму визначення суїцидальної активності військовослужбовців після другого його етапу (кроку) на основі загальних і специфічних висновків-рекомендацій, які в загальних рисах ураховують виділений тип і ситуацію його реалізації, психолог повинен розпочати індивідуальну психодіагностичну роботу, у процесі якої він перевіряє валідність отриманих за допомогою АПС узагальнень, формує загальні висновки обстеження військовослужбовця і розробляє план індивідуальної психопрофілактичної роботи з військовослужбовцем. Для цього він мусить ураховувати таке: наведені висновки й рекомендації; виявлені інші індивідуально-психологічні особливості військовослужбовця і ситуації, що сприяють реалізації його суїцидальної активності; власний професійний досвід щодо ефективності тих чи інших заходів у конкретних обставинах; інші методичні та науково-обґрунтовані рекомендації щодо здійснення

психопрофілактики суїцидальності, депресії, психотизму, неврозу, ПТСР тощо; надані рекомендації лікаря, лікаря-психіатра тощо.

При цьому третій і четвертий кроки мають спрямовуватися на визначення інтенсивності негативної патопсихологічної симптоматики і дозволяти психологу визначитись із зоною власної відповідальності (компетентності). Установлюючи клінічний рівень негативної симптоматики, психолог повинен передати військовослужбовця лікарю-психіатру (у разі депресії, невротичних розладів, порушень адаптації, ПТСР, алкоголізму тощо), у такому випадку він виконуватиме лише допоміжну (підтримувальну) функцію в процесі психопрофілактики (основна функція лікаря). При доклінічному рівні симптоматики психолог повністю відповідальний за ефективність психопрофілактичної роботи з військовослужбовцем. Ідеться про розподіл компетенції між психологом і лікарем-психіатром, лікарем загальної практики (не про принципи роботи з клієнтом), що передбачає розподіл відповідальності за успіх психологічної роботи між психологом і клієнтом. Доклінічний рівень не виключає можливості, доцільності консультацій із лікарем і лікарем-психіатром та призначене ними підтримувальне медикаментозне лікування.

5.5 Психодіагностичні методика визначення інтенсивності негативної симптоматики, що є підґрунтям для формування суїцидальної мотивації, наміру

На третьому етапі пропонується використовувати психодіагностичні методика, що мають виражену клінічну спрямованість і дозволяють визначити, в якому стані відносно норми перебуває обстежуваний.

Для діагностики ПТСР такою методикою є “Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичного стресового розладу” (військовий варіант). Для клінічного рівня прояву іншої негативної симптоматики – методика “Міні-мульти”, що є скороченим варіантом класичного клінічного опитувальника ММРІ. У разі досягнення за цими опитувальниками клінічного рівня прояву симптоматики такого військовослужбовця потрібно направити на консультацію лікаря-психіатра.

Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичного стресового розладу (військовий варіант)

“Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу” (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 р. Т.М. Кеапе зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. Три основні шкали, які співвідносяться з трьома симптомами ПТСР, утворюють 30 запитань: 11 запитань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 запитань другої шкали описують симптоми групи уникнення, 8 запитань третьої шкали описують симптоми збудливості. П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальними схильностями. Бланк методики та ключі наведено в дод. Б.

Методика дозволяє виділяти три рівні інтенсивності ознак ПТСР: 76 ± 18 – добре адаптовані; 86 ± 26 – психічні розлади; 130 ± 18 – ПТСР.

Визначення психологом останнього третього рівня – сформованого симптомокомплексу ПТСР – передбачає необхідність направлення військовослужбовця на консультацію до лікаря загальної практики.

Опитувальник “Міні-мульти”

Опитувальник “Міні-мульти” являє собою скорочений варіант тесту ММРІ. Він містить 71 твердження, 11 шкал, із них 3 – оціночні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють відвертість респондента, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції через надмірну обережність. Інші 8 шкал є базисними й оцінюють властивості особистості. Бланк методики і ключі до нього наведено в дод. В.

За даними тестування будується особистісний профіль респондента. Високими оцінками для кожної зі шкал вважаються оцінки в “сірих” балах, які перевищують їх номінальні значення і відповідають показнику 70 стандартних одиниць; низькими оцінками – менше 40 одиниць.

Відповідно, визначаючи показник за будь-якою з базисних шкал вище 70 балів, психолог мусить рекомендувати обстежуваному консультацію в лікаря-психіатра.

Характеристика оціночних шкал “Міні-мульти”

Шкала брехні (L) – оцінює щирість досліджуваного.

Низькі значення: особи надмірно відкриті, не приховують своїх труднощів, слабостей і психопатологічних розладів. Добре усвідомлюють свої труднощі, схильні швидше перебільшувати, ніж недооцінювати ступінь міжособистісних конфліктів, тяжкість відмічених симптомів, ступінь особистої неадекватності. Схильність критично ставитися до себе і оточення, скептицизм. Невдоволеність і схильність перебільшувати значущість конфліктів робить респондента легко вразливим і породжує незручність у міжособистісних стосунках.

Високі значення: тенденція респондента показати себе у вигіднішому ракурсі, демонструвати суворе дотримання соціальних норм. Це прагнення зумовлено таким: обмеженість кругозору респондента; ситуація; наявність патології; у тих випадках, коли індивідуум дотримується встановленого стандарту поведінки відповідно до незначних, без істотних цінностей, правил; належність до певної професійної групи, специфіка якої передбачає надзвичайно високий стандарт поведінки та пунктуальне дотримання конвенціональних норм (юристи, педагоги).

В осіб із високим інтелектом і великим життєвим досвідом цей показник не можна розглядати як прагнення показати себе у сприятливішому ракурсі.

У разі, якщо відзначаються піки також і на інших шкалах, профіль особистості можна проаналізувати лише в поєднанні з відомими клінічними даними хворого.

Шкала достовірності (F) виявляє недостовірні відповіді: чим вище значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати.

Низькі значення: результати свідчать про достовірність.

Високі значення: високі показники за шкалою (F) можливі в таких випадках: неконформність особистості, пов'язана зі своєрідністю сприйняття і логіки (шизоїдний тип особистості); аутична особистість, яка має труднощі в міжособистісних контактах; психопатоподібна поведінка, схильність до неупорядкованої поведінки чи виражене відчуття протесту проти конвенціональних норм; підлітки в період формування особистості, коли переважає потреба в самовираженні неконформною поведінкою й поглядами; виражена тривожність і потреба в допомозі з боку оточення.

У кожному конкретному випадку до оцінювання профілю за шкалою (F) треба підходити індивідуально: результати тестування в цілому викликають сумніви через навмисне спотворення результатів самим респондентом; слід поєднувати показання за шкалою (F) із клінічним станом респондента (можливе неадекватне сприйняття тверджень).

Шкала корекції (K) – згладжує спотворення, що вносяться через надмірну обережність і контроль респондента під час тестування. Високі показники за цією шкалою свідчать про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала (K) використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.

Низькі значення: звичайно відображають відвертість і самокритичність респондента. Низькі оцінки можуть свідчити про респондента як про людину розсудливу, доброзичливу, товариську, з широким колом інтересів. Досвід міжособистісних контактів і заперечення ускладнень обумовлює в неї високу заповзятливість і вміння вибирати правильну лінію поведінки. Оскільки такі якості поліпшують соціальну адаптацію, помірне підвищення профілю за шкалою (K) може розглядатись як прогностично сприятлива ознака.

Високі значення: високий показник за шкалою (K) вказує на те, що респондент визначає свою поведінку залежно від соціального схвалення і стурбований своїм соціальним статусом, прагне створити приємне враження. Схильність заперечувати будь-які складнощі в міжособистісних стосунках або в контролі власної поведінки, прагнення дотримуватися прийнятих норм поведінки й утримуватися від критики оточення тією мірою, в якій поведінка оточення укладається в рамки прийнятої норми. Відзначається негативна реакція на поведінку тих осіб, які поводяться явно відхиляючись від рамок традицій і звичаїв. У разі клініки: виражене занепокоєння, невпевненість у собі в поєднанні з бажанням домогтися до себе доброзичливого ставлення.

Характеристика базисних шкал “Міні-мульті”

Зазначимо, що кожна шкала має свою сталу нумерацію, яка є частиною її назви, тому в “Міні-мульті”, який є скороченою версією ММРІ і не має (як у вихідній методиці) п'ятої шкали, після четвертої одразу йде шоста шкала.

1. *Іпохондрія (Hs)* – наближеність респондента до астено-невротичного типу. Респонденти з високими оцінками повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні владі, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

Низькі значення: респондент не стурбований станом свого здоров'я, більш діяльний та енергійний і успішніше долає свої труднощі, використовуючи адаптивні форми поведінки.

Високі значення: високий показник за шкалою (HS) свідчить про наявність великої стурбованості, пов'язаної із психосоматизацією тривоги: тривогу, яку відчуває, респондент пов'язує не із зовнішніми соціальними причинами, а зі станом свого фізичного здоров'я. Відзначається емоційна значущість для респондента його соматичних відчуттів: загальне самопочуття, працездатність, порушення соматичних функцій, больових відчуттів.

Стурбованість станом свого фізичного здоров'я виникає на тлі високого рівня тривоги взагалі. Тривога може проектуватися на серцево-судинну систему, спричиняючи порушення, на шлунково-кишковий тракт. Таким чином, тривога соматизується й набуває конкретності, тобто змінюється страхом.

Підвищена увага до себе, перенесення загрози з міжособистісних стосунків на процеси, що відбуваються у власному організмі. Недостатня здатність контролювати свої емоції.

Схильність до скарг, стурбованість своїм фізичним станом, песимізм і невіра в успіх, особливо щодо медичної допомоги. Розвиток тривалого й ретельного самоспостереження за організмом, що зовні виявляється в непоступливості, упертості, скептицизмі.

2. Депресія (D) – високі оцінки мають чутливі, сензитивні особи, схильні до тривог, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні й обов'язкові, але не здатні прийняти рішення самостійно, бракує впевненості в собі, за найменших невдач вони впадають у відчай.

Низькі значення: низький рівень тривоги, активність, товариськість, відчуття своєї значущості, сили, енергії та бадьорості.

Високі значення: високий показник за шкалою (D) свідчить про те, що, можливо, у респондента відзначаються більшою мірою симптоми тривоги, ніж депресії. Відчуття невизначеної загрози, характер і час виникнення якої не можна передбачити, супроводжуються дифузними побоюваннями і тривожними очікуваннями.

Відчуття внутрішньої напруженості, готовність до виникнення будь-якого несподіваного явища, котре ще не оцінюється як загроза. Наростання почуття внутрішньої напруженості часто призводить до складнощів у виділенні значущих подразників, що виявляється в неприємному емоційному настрої.

Тривога може переростати у страх, який супроводжується вже відчуттям конкретної загрози, невідворотності катастрофи, що насувається.

Оточення бачить респондента як песиміста, замкнутого, мовчазного, сором'язливого, надмірно серйозного, який уникає контактів. Однак насправді особистість відчуває потребу в глибоких і міцних контактах з оточенням. Легко ідентифікує себе з окремими людьми, явищами, і якщо таке ототожнення порушується, то особистість сприймає це як катастрофу, знижується настрій. Тому відгородженість – це прагнення уникнути розчарування. Насправді ж такі особистості прагнуть звернути й утримати увагу оточення, дорожать його оцінкою, прагнуть набути і зберегти його. У ситуаціях фрустрації для них характерніші інтрапунітивні реакції: почуття провини, гнів, спрямований на себе, аутоагресія, аж до суїциду. На ситуацію дезадаптації вони реагують

астенією, інертністю, пасивністю, відмовою від реалізації егоцентричних установок у складній конфліктній ситуації.

3. *Істерія (Hu)* – виявляє осіб, схильних до невротичних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Усі проблеми вирішуються так званою втечею у хворобу. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися більше, значніше, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу в будь-який спосіб, жага захоплення. Почуття таких людей поверхневі й інтереси неглибокі.

Низькі значення: інтроверсія, скептицизм, недостатня здатність до спонтанності в соціальних контактах.

Високі значення: високий показник за шкалою (Hu) свідчить, що у респондента відзначається здатність до витіснення факторів, які викликають тривогу; демонстративне підкреслення соматичного неблагополуччя з тенденцією заперечувати труднощі в соціальній адаптації. Висока здатність до витіснення, що дозволяє ефективно усувати тривогу, водночас ускладнює формування досить стійкої поведінки: постійно виникають нові ролі, завдання й оцінки. У людей цього типу недостатньо розвинений внутрішній світ, їх переживання орієнтовані на зовнішнього спостерігача. Ігнорування негативних сигналів іззовні дозволяє зберігати високу самооцінку, що переходить у самолюбівання. Така поведінка може призвести до безцеремонності, некритичності в оцінюванні ситуації.

Особистість прагне бути в центрі уваги, шукає визнання й підтримки і добивається цього наполегливими діями. Схильність до фантазування, егоцентризму, незрілості і поверхневості у контактах. Зазвичай ускладнює діяльність групи. Виявляє впевненість в ідентичності свого “Я”, декларованих ідеалах, не схильна до тривалої монотонної діяльності. Краще виявляє себе в ситуаціях, де потрібно швидко змінювати свою роль, де мають місце короткочасні контакти, уміння пристосовуватися до різних людей. У конфліктах найчастіше використовуються для самозахисту соматичні скарги, які мають поверхневий характер.

У клінічних випадках може спостерігатися повна втрата здатності до формування стійких установок і побудови поведінки на основі попереднього досвіду, живе за методом “спроб і помилок”, виходячи із задоволення своїх ситуативних бажань, у результаті виникає безплановість і хаотичність поведінки. Декомпенсація особистості виникає в ситуаціях підвищених вимог і навантажень, а також порушення відносин, які за соціальними нормами мають підтримуватися (наприклад у сім’ї). Виникає груба конверсійна симптоматика або тонша – зміни вегетативної регуляції, що копіює раніше бачені чи почуті “страшні” захворювання (наприклад інфаркт). Основна мета поведінки хворого – потреба в увазі й підтримці, милування своїми стражданнями і своєю волею, стійкістю при цьому.

4. *Психопатія (Pd)* – високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію, такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами й цінностями. Настрій у них нестійкий, вони вразливі,

збудливі й чутливі. Можливий тимчасовий підйом за цією шкалою, викликаний якою-небудь причиною.

Низькі значення: конвенціональна особистість, високий рівень ідентифікації зі своїм соціальним статусом, тенденція до збереження постійних інтересів, установок, цілей.

Високі значення: висока оцінка за шкалою (Pd) свідчить про психопатоподібну поведінку, схильність до асоціальних учинків. За сприятливих умов у проміжках між декомпенсаціями психопатичні риси можуть не виявлятися. Характеризується нехтуванням прийнятими в суспільстві нормами, моральними й етичними цінностями, правилами поведінки і звичаями. Залежно від рівня активності нехтування може виявлятися у гнівних і агресивних реакціях або більш-менш пасивно. Протест проти прийнятих норм зазвичай обмежується родиною і найближчим оточенням, але може набувати генералізованого характеру. Поведінка погано передбачувана, невміння планувати майбутні вчинки і нехтування наслідками своїх дій. Бракує здатності отримувати користь із досвіду, що призводить до повторних конфліктів з оточенням. Безпосередня реалізація спонукань, що виникають, і недостатня здатність прогнозувати позбавляють тривоги і страху перед потенційним покаранням. Ситуації, що не мали тяжких наслідків, також не викликають тривоги або депресії.

Реально значуще покарання може провокувати агресію чи масковану депресію, і лише проти самого факту покарання, а не ситуації. У міжособистісних стосунках (навіть в інтимних) особистість відрізняється поверхневим і нестійким ставленням, рідко виникає почуття глибокої прихильності. Особистість ненадійна у тривалому спілкуванні, оскільки схильна до дисфорій. Домінують такі характеристики, як егоцентризм, імпульсивність, емоційна незрілість, конфліктність.

У клінічному випадку – розлад особистісних рис, агресивний тип, пасивно-агресивний тип.

Альтернативний варіант – емоційно нестійка особистість, реакція тривоги, депресивна реакція в особистості з порушенням особистісних рис.

Може скаржитися на свій вибуховий характер, емоційну нестійкість, відчуття провини, тяжке пияцтво, депресивні симптоми, втрату працездатності, виражені конфлікти в подружніх стосунках.

Провідні риси: нечуйність, незрілість, вимогливість, егоцентричність, імпульсивність, безтурботність, нетерплячість, емоційна нестійкість.

Суїцидальні спроби, спалахи агресії в родині, сексуальні розлади, алкоголізм – найчастіші причини того, що респондент опиняється в лікарні.

6. Паранойяльність (Pa). Головна риса людей із високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей. Це односторонні, агресивні і злопам'ятні люди. Протилежна точка зору розглядається як ворожа. Свої погляди вони активно нав'язують, тому мають часті конфлікти з оточенням. Власні найнезначніші успіхи завжди переоцінюють.

Низькі значення: підвищене почуття недовіри й настороженості, страх за наслідки своїх дій, гнучке мислення, можуть швидко змінювати свої погляди залежно від ситуації.

Високі значення: ригідність, схильність до систематизації накопиченого досвіду, підозрілість, образливість, завзятість у досягненні мети, педантизм, схильність звинувачувати інших у недружньому ставленні, ворожість і ригідність афекту.

Риси особистості: поєднання сенситивності й образливості зі скаргами на недоліки оточення, їхні ворожі дії, тобто тенденція до спотворення фактів шляхом неправильного тлумачення нейтральних або дружніх дій інших людей, войовничо-педантичне ставлення до питань, пов'язаних із правами особистості, якими в такому випадку не можна знехтувати.

Діагностується схильність до ідеаторної розробки ситуації. Ригідність афекту зазвичай пов'язана з егоїстичними установками. Супроводжується інтенсивним розробленням концепції, яка має пояснити його виникнення і водночас зберегти прийнятне для індивіда уявлення про власну особистість. Ця вторинна ідеаторна розробка створює враження незалежної позиції, вірності своїм критеріям. Проте насправді вчинки визначаються зовнішнім впливом, оскільки є відповіддю на дії оточення, що сприймаються афективно, як такі, що утискають особистість респондента. З ригідністю афекту пов'язане також тривале переживання власних успіхів, причому це переживання включає гордість за свою цінність, підвищене себелюбство і невдоволення відсутністю визнання з боку оточення. Для особистості властиві впертість, раціональна життєва платформа, виражене відчуття суперництва, прямолінійність.

У клінічному випадку можуть мати місце надцінні ідеї або маячні концепції. Навіть за відсутності маячної поведінки їх все одно важко коригувати; схильні з недовірою ставитися до лікування і прагнуть раціоналістично обґрунтувати свою недовіру до медицини.

7. *Психастенія (Pt)* – діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, яким властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

Низькі значення: рішучість, гнучкість поведінки, низький рівень тривожності, упевненість у прийнятті рішення.

Високі значення: високі результати за шкалою (Pt) свідчать про конституціональну схильність до виникнення тривожних реакцій, а усунення цієї тривоги досягається шляхом формування обмеженої поведінки.

Сенситивність, страх, тривога, невмотивовані побоювання, невпевненість у собі і своїй компетентності, знижена самооцінка, нав'язливість. Тривожно-недовірлива особистість, низький поріг фрустрації, напруженість, самокритичність, емпатійність, труднощі соціального пристосування, сором'язливість, боязкість. Низька здатність до витіснення й підвищена увага до негативних сигналів. Прагнення утримати в центрі уваги навіть несуттєві факти, ураховувати й передбачати навіть малоймовірні можливості. У результаті ситуація ніколи не уявляється досить визначеною, що ще більше посилює постійну тривожність. Тому нездатність відокремлювати фон від сигналу, збільшення емоційної значущості фону призводить до ослаблення

концентрації уваги, до сумнівів і коливань за необхідності прийняти рішення, тривоги і страху з приводу можливих наслідків своїх дій. Оскільки кожний новий сигнал сприймається як загроза, то особистість дотримується вже перевірених прийомів діяльності.

У своїй діяльності керується головним чином не потребою досягти успіху, а прагненням уникнути неуспіху. Поведінка визначається страхом перед можливістю накликати на себе небезпеку неправильним учинком. Цей страх лежить в основі обмежень поведінки, особливо там, де успіх не гарантований. Респондент прагне контролювати успішність своєї діяльності за допомогою розроблення високого внутрішнього стандарту, з яким зіставляється дія і результат. Такі особи описуються оточенням як сумлінні, такі, що ретельно виконують свої обов'язки, стримані в зовнішніх проявах і нерішучі.

Клінічна картина проявляється схильністю до нав'язливого неспокою. Напруженість, нерішучість, знижена завадостійкість щодо стресу. Стресорами стають ситуації, коли відбувається швидка зміна факторів, неупорядковані ситуації і такі, що не піддаються плануванню. Декомпенсація особистості супроводжується нав'язливими страхами й ритуалами.

8. *Шизоїдність (Se)* – особам із високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радощі і прикрощі емоційно не відгукуються. Таким чином, спільною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних стосунках.

Низькі значення: відсутність шизоїдних рис характеру (емоційної холодності й відчуженості).

Високі значення: високі результати за шкалою (Se) свідчать про те, що шизоїдні риси формуються в тих випадках, коли навіть незначні фрустрації призводять до виникнення стійких і тривалих негативних емоцій, а компенсація досягається шляхом відходу з навколишнього середовища у внутрішній світ. Емоційна холодність, своєрідність сприйняття і суджень, незвичайність думок і вчинків, вибірковість або поверхневність контактів.

Орієнтування на внутрішні критерії, втрата здатності до інтуїтивного розуміння оточення, до програвання ролей і у зв'язку з цим порушення адекватного емоційного реагування. Для особистості шизоїдного типу важко, а часом неможливо, поглянути на себе з боку і залучитися до навколишнього світу. Поведінка часто ексцентрична, позбавлена емоційного забарвлення або гордовита.

Негативні сигнали не доходять до особистості, але якщо сигнал отримано, то він несподівано викликає велику вразливість у респондента. Оскільки через невдоволеність і вразливість чітко сформоване уявлення про соціальну ситуацію у цих осіб часто виявляється джерелом напруженості, тривалих та інтенсивних негативних емоцій, вони уникають ясних і чітких формулювань, їм бракує чіткого уявлення про те, як саме вони повинні вести себе в тій чи іншій ситуації або чого саме очікує від них оточення.

Хоча висловлювання таких особистостей логічні і правильно побудовані граматично, в оточення вони можуть створювати враження двозначності або недостатньої зрозумілості. Причина в тому, що особистість втрачає контроль над зрозумілістю через порушення соціальної комунікації. Однак особистість посилено проявляє себе в галузях знань, де використовується символіка (наприклад математика). Ускладнення соціалізації дедалі більше може посилити відчуття внутрішньої напруженості, звідси ускладнюються реальна оцінка ситуації і загальна картина світу. Тому їх активна діяльність зазвичай відбувається поза ситуацією, оскільки ці особи нерідко відчувають свою відчуженість і незрозумілість, нездатність стати дійсним членом групи, до якої вони належать формально. Як наслідок цього – амбівалентність у відносинах: очікування уваги з боку оточення і острах холодності з його боку. Вони виявляють то надмірну дружелюбність, то незрозумілу ворожість, причому надмірно інтенсивні контакти можуть змінюватися раптовими розривами. Брак контактів призводить також до аутистичного фантазування і формування афективно насичених ідей.

9. *Гіпоманія (Ma)* – для осіб із високими оцінками за цією шкалою характерний піднесений настрій незалежно від обставин. Вони активні, діяльні, енергійні та життєрадісні, віддають перевагу роботі з частими змінами, охоче контактують із людьми, проте їхні інтереси поверхневі й нестійкі, їм бракує витримки й наполегливості.

Низькі значення: зниження активності і контактів із людьми.

Високі значення: висока оцінка за шкалою (Ma) свідчить про підвищений настрій, надмірну активність, велику кількість і легкість виникнення планів та ідей, які часто не реалізуються через підвищене відволікання і переоцінку своїх можливостей, різноманітність інтересів, широкі й поверхневі контакти.

Клінічні прояви: дезадаптація поведінки, надмірно й погано спрямована активність, емоційне збудження, дратівливість, образливість і недостатня стриманість. Діяльність у цих випадках може виявитися неефективною, оскільки не доводиться до кінця через переключення уваги на інші об'єкти або через перебільшення своїх можливостей плануються свідомо нереальні терміни.

5.6 Визначення інтенсивності суїцидальної мотивації, формування суїцидального наміру, готовності до суїцидальних дій

Для визначення інтенсивності суїцидальної мотивації доцільно використовувати проєктивну методику “Тематичний апперцепційний тест” (набір для діагностики суїцидальності) і психодіагностичну бесіду, а також відповідне клінічне скринінг-опитування.

Проєктивну методику варто використовувати до військовослужбовців, у яких установлено перший тип суїцидальної активності. Бесіду чи скринінг-опитування застосовують у роботі з другим типом суїцидальної активності.

Тематичний апперцепційний тест (ТАТ)

Для освоєння цієї проективної методики доцільно користуватися керівництвом, укладеним Д. О. Леонтєвим [289].

Методику було розроблено в Гарвардській психологічній клініці в 1935 р. і сьогодні вона є однією з найпоширеніших і багатих за своїми можливостями психодіагностичних методик, що використовують у світовій практиці як психологи, так і психіатри.

ТАТ використовують для дослідження рушійних сил особистості: внутрішніх конфліктів, потягів, інтересів і мотивів.

Діагностичні показники: провідні мотиви, стосунки, цінності, афективні конфлікти та їх сфери, способи вирішення конфліктів (позиції, механізми захисту), індивідуальні особливості афективного життя особистості, самооцінка. Деякі малюнки виявляють депресивні і суїцидальні тенденції, підозрілість і приховану агресивність, аж до параної, ставлення до смерті близьких, власні страхи смерті, депресивні тенденції.

У загальному вигляді процедура проведення методики передбачає складання обстежуваним за запропонованою картинкою і відповідною інструкцією розповіді (зазвичай по одній хвилині на картинку і 300 слів на розповідь). Ці розповіді розкривають суттєві компоненти особистості. Їх зміст залежить від тенденцій людей інтерпретувати невизначену ситуацію відповідно до минулого досвіду, наявної потреби чинити так або інакше.

У розповідях відбиваються “Я”-потреби, які фруструють особистість. Якщо потреба не має моторної розрядки, вона задовольняється в таких розповідях ТАТ. Невизначеність стимульних умов дозволяє обстежуваному проєціювати свій спосіб життя, свої думки та почуття.

Існують процедури проведення ТАТ для різних діагностичних завдань, одна з яких є діагностикою суїцидальних тенденцій. Відповідно до завдань використовують різні набори картинок, можуть вноситися незначні зміни в інструкцію.

Так, для діагностики суїцидальних тенденцій у чоловіків використовують картинки, які в загальному наборі ТАТ мають такі позначення: 1; 2; 3BM; 4; 6BM; 7BM; 8BM; 11; 12BG; 12M; 13MF; 14; 15; 16; у жінок: 1; 2; 3BM; 4; 6GF; 7GF; 8BM; 9GF; 11; 12BG; 13MF; 14; 16; 17GF (картинки наведено в дод. Г).

Робота з ТАТ починається ознайомленням з інструкцією. Респондент зручно сидить, налаштувавшись працювати щонайменше годину-півтори, кілька таблиць (не більше 3–4) лежать наготові зображенням донизу. Інструкція складається з двох частин. Перша частина інструкції має озвучуватися по пам'яті, причому двічі поспіль, незважаючи на можливі протести респондента.

Текст першої частини інструкції: “Я буду показувати вам малюнки, ви подивитесь на малюнок і, відштовхуючись від нього, складете розповідь, оповіданнячко, сюжет, історію. Намагайтеся запам'ятати, про що потрібно в ній згадати. Ви скажете, що це за ситуація, який момент, на вашу думку, зображено на малюнку, що відбувається з людьми. Крім того, зазначите, що відбувалося до цього моменту, у минулому стосовно нього, ще раніше. Потім скажете, що

відбуватиметься після цієї ситуації, потім – у майбутньому. Крім того, треба сказати, що відчувають люди, зображені на малюнку, або хто-небудь із них, їхні переживання, емоції, почуття. І ще зазначите, що думають люди, зображені на малюнку, їхні міркування, спогади, думки, рішення”.

Цю частину інструкції не можна змінювати (за винятком форми звернення до обстежуваного – на “ви” чи на “ти”, – яка залежить від конкретних стосунків між клієнтом і психологом).

Формула “відштовхуючись від нього” важлива, оскільки система шкільної освіти привчає нас складати розповіді за малюнками, тут же завдання принципово інше – не розшифровувати те, що закладено в зображенні, а відштовхуючись від нього, уявити щось. Слово “оповіданнячко” навмисно вживається зі зменшувальним суфіксом, аби зняти асоціації з розповіддю як літературною формою і тим самим зменшити значущість завдання, послабити внутрішню напруженість, яка може виникати в респондента. Із цією самою метою дається синонімічний ряд “розповідь, оповіданнячко, сюжет, історія”. Залежно від своїх індивідуальних особливостей респондент може зв’язати зміст завдання з будь-яким із цих трьох слів, що запобігає ризику неправильного розуміння змісту завдання, можливого в тому випадку, якщо обмежитися будь-яким одним поняттям.

Інструкція містить п’ять моментів, які мають висвітлюватися у розповідях: момент (сьогодення); минуле; майбутнє; почуття; думки.

Багатослівність інструкції та велика кількість сполучних і розділових зворотів мають на меті чітко розмежувати ці п’ять моментів, уникаючи при цьому нумерації: “по-перше, по-друге тощо”. Інструкція передбачає можливість вільно варіювати послідовність розповіді. Кожний із цих моментів також задано у вигляді синонімічного ряду, що допускає широкий спектр індивідуальних інтерпретацій і тим самим сприяє проекції на зміст оповідань індивідуального образу світу та індивідуальних способів перероблення інформації. Так, ряд “до цього моменту, у минулому стосовно нього, ще раніше” відкриває можливість говорити як про безпосереднє минуле, що вимірюється годинами або хвилинами, так і про віддалене, навіть історичне минуле. Те ж саме стосується майбутнього та інших пунктів інструкції. Наприклад, одному нічого не говорить слово “емоції”, зате зрозуміле слово “почуття”, для іншого слово “почуття” належить до чогось піднесеного, при цьому слово “переживання” цілком уживане, для третього ж слово “переживання” обов’язково означає щось конфліктне, болісне, а ось слово “емоції” нейтральніше. Різні слова для різних людей мають різний особистісний зміст. Вживання синонімічних рядів дозволяє уникнути зайвої смислової однозначності ситуації для респондента, сприяє тим самим проекції його власних смислів.

Після повторення двічі першої частини інструкції слід своїми словами і в будь-якому порядку повідомити таке (друга частина інструкції).

1. “Правильних” або “неправильних” варіантів не буває, будь-яка розповідь, що відповідає інструкції, буде хорошою.

2. Розповідати можна в будь-якому порядку. Краще не продумувати заздалегідь всю розповідь, а відразу починати говорити перше, що спаде на думку, а зміни чи правки можна зробити пізніше, якщо в цьому виникне потреба.

3. Літературна обробка не потрібна, літературні якості не оцінюватимуться. Головне, аби було зрозуміло, про що йдеться. Будь-які особисті питання можна задавати по ходу. Останній пункт не повною мірою відповідає істині, оскільки в дійсності логіка оповідань, лексика тощо належать до числа значущих діагностичних показників.

Після того, як респондент підтвердить, що він зрозумів інструкцію, йому дається таблиця. У тому випадку, якщо якихось із п'яти основних пунктів (наприклад, майбутнє чи думки героїв) не буде в розповіді респондента, то основну частину інструкції слід повторити ще раз. Те ж саме можна зробити ще раз після другої розповіді, якщо і в ній буде згадано не все. Починаючи з третьої розповіді, інструкція більше не нагадується, а відсутність тих чи інших моментів розглядається як діагностичний показник. Якщо респондент задаватиме питання типу “Чи все я сказав?”, то на них слід відповідати: “Якщо ви вважаєте, що все, то розповідь закінчено, переходьте до наступного зображення. Якщо вважаєте, що ні і щось потрібно додати, то додайте”. Таку конструкцію мають містити всі відповіді психолога на запитання респондента: проговорюються всі альтернативи. Інша форма відповіді підштовхуватиме досліджуваного до певного рішення, що є небажаним.

Після закінчення першого і другого оповідань слід запитати в респондента, чи не було інших варіантів. Питання задається обов'язково в минулому часі, щоб обстежуваний не сприйняв його як завдання. Якщо варіанти були, їх слід записати. Після цього варто перепитати ще раз через деякий час, пропустивши кілька розповідей, і вже більше до цього не повертатися.

Поновлюючи роботу на початку другого сеансу, необхідно запитати в респондента, чи пам'ятає він, що потрібно робити, і попросити його повторити інструкцію. Якщо він правильно повторює основні п'ять пунктів, то можна починати працювати. Якщо певні моменти все ж таки пропускає, необхідно нагадати: “Ви забули ще ...”. Після цього приступити до роботи, більше не повертаючись до інструкції.

Спеціальні інструкції потрібні в роботі з табл. 16 (чисте біле поле). Нерідко воно не хвилює респондента, і він без додаткових інструкцій складає повноцінну розповідь. У цьому випадку єдине, що слід зробити, – це по закінченні розповіді попросити уявити іншу ситуацію і скласти ще одне оповідання. Коли й воно буде завершене, попросить зробити те ж саме втретє. Річ у тому, що таблиця 16 виявляє актуально значущі проблеми респондента. Однак у тому випадку, коли працюють механізми психологічного захисту, що перешкоджають вільному вираженню в цій розповіді особистісних проблем, то ця актуальна проблематика в першому сюжеті витісняється, а в другому й, особливо, в третьому виявляється найяскравіше. Якщо захист не настільки сильний, то найінформативнішим буде перший варіант.

Після деякої паузи респондент може почати абстрактно-філософські роздуми про світло, чистоту тощо. У цьому випадку, коли він закінчить свої міркування, йому слід сказати: “Річ не в тому, що це біле, чисте тощо, а в тому, що ви можете уявити собі на цьому місці будь-яке зображення і далі працювати з ним, як з іншими. Що вам тут уявляється?” Коли респондент опише ситуації, його слід попросити скласти розповідь. Якщо він почне відразу з розповіді, після її закінчення слід просити респондента описати уявне зображення, яке стало основою для розповіді.

Можлива й реакція подиву або навіть обурення: “Тут же нічого не зображено!”, “Що ж мені розповідати?” У такому випадку варто почекати деякий час, і якщо респондент не почне складати розповідь за вигаданим малюнком, йому слід дати інструкцію уявити собі на цьому аркуші будь-яке зображення й описати його, а потім скласти за ним розповідь. Потім запитуйте другий і третій варіанти.

Нарешті, після завершення розповіді за останньою таблицею рекомендується проаналізувати розповіді й запитати респондента про джерела кожної з них: чи спиралася розповідь на особистий досвід, на матеріал прочитаних книг або кінофільмів, на розповіді знайомих або ж є чистою вигадкою. Ця інформація не завжди буває корисною, але в деяких випадках допомагає відокремити запозичені сюжети від продуктів власної фантазії респондента і тим самим приблизно оцінити ступінь проективності кожної розповіді.

Найзагальніша схема інтерпретації результатів ТАТ (розповідей обстежуваного) містить низку прийомів:

- знаходять героя, з яким обстежуваний себе ідентифікує;
- визначають найважливіші характеристики героя: його почуття, бажання, прагнення;
- визначають тиск середовища – сили, що впливають на героя;
- здійснюється порівняльне оцінювання сил, що йдуть від героя, і сил, що виходять із середовища.

Поєднання цих змінних утворює тему чи динамічну структуру взаємодії особистості і середовища. У результаті обстеження отримують відомості про основні прагнення, потреби обстежуваного, впливи, що чиняться на нього, конфлікти, які виникають у взаємодії з іншими людьми, способи їх розв’язання тощо.

За час існування і використання тесту було розроблено багато способів інтерпретації ТАТ. Самою простою є техніка огляду: переглянути зміст розповідей, розглядаючи їх як значущі психологічні повідомлення, виділити все, що здається значущим, характерним, нетиповим. Під час повторного читання оброблених таким чином розповідей можна без зусиль визначити патерни, що повторюються, зустрічаються в усіх оповідях, чи в різних історіях виділити факти, які поєднуються в осмислене ціле.

У роботі з текстами використовують також і формальні показники контент-аналізу. Так, тексти, побудовані на розгорнутих описах, прикметниках є свідченнями більшої пасивності, ніж ті, які містять короткі чіткі речення,

велику кількість дієслів і похідних від них зворотів – свідчень рішучості, дієвості.

Схема інтерпретації за Беллаком:

- лейтмотив (його описовий, інтерпретаційний, діагностичний, символічний рівні та рівень уточнень);
- головний герой (чиї почуття, погляди, думки є головною темою розповідей; його професія, інтереси, риси характеру, адекватність поводження);
- ставлення до персонажів, що мають старший статус (образи батьків), чи до суспільства;
- введені персонажі;
- деталі, на які було звернуто увагу (може свідчити про клас об'єктів, які є важливими);
- випущені деталі (визначають причини, з яких певні деталі ігноруються, витісняються зі свідомості);
- атрибуція відповідальності;
- значущі конфлікти;
- покарання за проступок;
- ставлення до героя (може свідчити про власні внутрішні конфлікти);
- показники стримування агресії, сексуальних інстинктів тощо;
- результат (те, чим завершилася розповідь, свідчить про домінуючий настрій і його адаптивність, є показником сили “Я”);
- патерни задоволення потреб;
- сюжет.

Психодіагностична бесіда для визначення суїцидального ризику

Бесіду потрібно починати з відкритих питань, які передбачають можливість відповіді у вигляді оповіді, монологу. Наприклад, запитайте про відому в оточенні військовослужбовця інформацію щодо його життєвих обставин, проблем, труднощів, використовуючи дані з “Карті ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”. Можна почати спілкування з найбільш широкого запитання: “Розкажіть про себе. Як виникли ці обставини у вашому житті? Що ви відчуваєте з цього приводу?”

Увага! У депресивних осіб часто порушено комунікативні здібності, що може виявлятися в уповільненні асоціативних процесів, темпі мови і в односкладних відповідях. Психолог має підлаштовуватися під темп опитуваного, гучність голосу, темп жестикулювання тощо.

Якщо, розповідаючи про себе і свої переживання, людина не звертається до теми суїциду, потрібно їй певний час дати поговорити про себе, свої почуття, свою ситуацію, а потім, користуючись притаманними їй фразами, у відповідь на депресивні висловлювання “Усе погано”, “Усе набридло”, “Не знаю, як жити далі”, “Це не життя”, “Я так більше не можу”, “Так неможливо жити”, “Я втомився від такого життя”, спитати:

- Ви вважаєте, що змогли б покінчити з усім цим?
- Чи правильно я вас зрозумів, що іноді ви думаєте про самогубство?
- Чи можна припустити, що ви хочете померти (убити себе)?

Якщо особа заперечуватиме (“Я до цього ще не дійшов. Просто тяжко останнім часом”), то в неї низький рівень суїцидального ризику і високі антисуїцидальні бар’єри. Відповідь “Так” вказує на підвищений ступінь ризику, як мінімум, він на стадії суїцидальних намірів.

Якщо особа говорить про суїцид гіпотетично, від третьої особи (наприклад: “Інші можуть за таких обставин вчиняти суїцид”), а це цілком імовірно в опитуванні представників першого типу суїцидальної активності, то можна поставити (наприклад, після сеансу роботи з картинками ТАТ) такі запитання:

- Чи можна сказати, що ця тема дуже значуща для вас?
- Як ви самі особисто ставитеся до цієї ситуації?
- А у вашому житті були ситуації, коли вам спадали подібні думки?
- Чи було таке, що ви втрачали сенс свого життя?

Проте не варто довго ходити навколо, питання про суїцид змусять перевести бажання накласти на себе руки на вербальний рівень – рівень, самоконтроль над яким установити легше.

– У вас ніколи не виникало думки про те, аби раз і назавжди покінчити з усім цим?

– Чи не відчуваєте ви, що вам не хочеться жити?

– Здається, що останнім часом ви пережили багато складних ситуацій. Чи не виникало у вас бажання припинити ці страждання і піти із життя?

Зазначимо, що такі питання психолога не штовхають особу до суїциду, навпаки, вони показують їй, що психолог сприймає її серйозно. Неприпустимо задавати питання так: “Я сподіваюся, що ти не замислюєш самогубство?”. Тут закладена відповідь, яку ви хотіли б почути. Якщо людина відповість “Ні” (а ймовірність саме такої соціально схвальної відповіді на побудоване таким чином запитання у військовослужбовців першого типу суїцидального ризику дуже висока), то психодіагностична бесіда (а, можливо, й уся психопрофілактична робота) зайде в глухий кут.

Для з’ясування того, наскільки ці наміри конкретизовані, необхідно ставити такі запитання:

– Як часто у вас виникають думки про самогубство?

– Чи уявляєте ви, як це може статися?

– Чи думали ви про те, як це може відбутися?

– Можливо, ви вже думали, як це можна вчинити, яким конкретно способом, як для цього мають скластися обставини?

Якщо військовослужбовець каже “ні”, то його суїцидальні думки перебувають на рівні загальних намірів, якщо “так”, то ступінь ризику ще вище. Далі необхідно визначитися, чи здійснено військовослужбовцем конкретні дії для виконання свого наміру-плану:

– Скажіть, ви вже щось робили?

– Ви вже якось намагалися реалізувати свій задум?

– Бажання вбити себе було лише в думках чи ви вже намагалися його реалізувати?

Про особливості набутої моделі суїцидальної поведінки можна дізнатися з відповідей на такі запитання:

– Хто-небудь у вашій родині говорив про самогубство? Робив спроби? Вчиняв самогубство?

– Хто-небудь із твоїх друзів говорив колись про суїцид? Намагався це зробити? Вчиняв самогубство?

Якщо особа з високим ступенем ризику суїциду, ще не вчинила його, то є певний антисуїцидальний бар'єр. Потрібно його визначити:

– Що вас зупиняє (зупинило в той момент)?

– Про що ви подумали, коли це робили?

– Що утримало вас від цього кроку?

– Що тримає вас у цьому житті?

– Чи відчуваєте ви здатність протистояти цим думкам?

Відповідаючи на ці запитання, військовослужбовець зазвичай перелічує доводи на користь життя. Саме по собі це є позитивним моментом. Психолог може обговорити з військовослужбовцем ці доводи і підтримати таким чином антисуїцидальні тенденції.

Питання про спосіб скоєння суїциду є наступним кроком у визначенні ризику вчинення суїциду (у разі ствердних відповідей відносно наміру скоїти суїцид):

– Якщо ви вирішили вбити себе, то яким способом ви це зробите?

– Із чим пов'язаний вибір цього способу?

– Чи є у вас доступ до цього способу (зброї, отрути, медикаментів)?

Розмова про суїцид містить вербалізацію “сценарію” самогубства, мотивів вибору саме цього способу, наслідків, які припускаються. Особа має ідентифікувати проблему, яка є суїцидогенною.

Спосіб свідчить про ступінь болісності, очікуваних наслідків, соціальної прийнятності, характер проблеми, риси особистості, наявні засоби (до яких, як він вважає, у нього є доступ).

Висока ступінь деструкції способу може свідчити про почуття провини, прагнення позбутися значних душевних страждань.

У результаті особа мусить досить об'ємно уявити, усвідомити власну суїцидогенну ситуацію. Усвідомити те, що було неусвідомлено, – це важливий момент опанування ситуації. У діагностичному плані такі питання дозволяють розібратися з мотивами, причинами, фрустрованими потребами, цінностями, стосунками, визначення яких важливе для розроблення плану подолання актуальної проблеми.

Таким чином, на цьому етапі для діагностики особливостей способу доцільно запитати про таке:

– Чому саме цей спосіб для вас найприйнятніший?

– Яких наслідків від учинення вами суїциду ви очікуєте для себе, для оточення?

– Навіщо вам потрібно вчинити суїцид саме таким способом?

Для ідентифікації проблеми, яка є суїцидогенною, можна сформулювати такі запитання:

– Відколи ви вважаєте своє життя настільки безнадійним? Як ви вважаєте, чому у вас з'явилося це почуття?

– Що з вами трапилося останнім часом? Коли ви відчули себе гірше? Що сталося у вашому житті відтоді, як виникли ці зміни?

– Кого з оточення вони стосувалися?

Якщо вже була попередня спроба суїциду, то можна спитати:

– Чи намагалися ви вбити себе? Як ви це робили?

– Чому спроба не вдалася? Вам надали допомогу? Хто? У чому саме вона полягала?

– Що сталося з вами після цього?

– Як ви збираєтеся зробити наступну спробу?

Наявність плану, вибір способу, доступність способу, наявність попередніх спроб свідчать про високий ризик учинення суїциду.

Укладена для психолога пам'ятка щодо проведення психодіагностичної бесіди для визначення рівня розвитку мотивації скоєння суїциду наведена в дод. Д.

Зазначимо, що в цьому пункті йдеться саме про психодіагностичну бесіду для визначення рівня сформованості мотивації і готовності вчинити самогубство. У її процесі психолог може вводити необхідні моменти психотерапевтичної роботи (емоційне слухання, підтримка) чи звернутися до діагностичної бесіди як одного з блоків (етапів) у психотерапевтичній бесіді.

За результатами проходження ТАТ і психодіагностичної бесіди психолог мусить в АПС “Фактор-S” внести інформацію стосовно рівня розвитку суїцидальної мотивації в обстежуваного, користуючись такими позначками:

! – загальний суїцидальний намір;

!! – конкретний суїцидальний намір;

!!! – готовність до суїцидальних дій і приготування до суїцидальних спроб.

5.7 План проведення дебрифінгу для військовослужбовців, які стали свідками вчинення суїциду

Дебрифінг належить до методів екстреної психологічної допомоги. Його проводять двоє-троє ведучих. Організується не пізніше ніж через 3 доби (72 години) після події. Проводиться у будь-якому приміщенні зі свідками однієї події чи членами одного колективу. Не припускається присутність сторонніх осіб, не причетних до події. Час проведення суворо обмежений 2–2,5 годинами, без перерви. Обмеження вводиться через те, що за час дебрифінгу відбувається дуже інтенсивна переробка досвіду, в якій задіяні сильні емоції. Процедура дебрифінгу дозволяє учасникам в умовах безпеки відреагувати враження, реакції і відчуття, пов'язані з подією. Дізнаючись про подібні відчуття інших людей, учасники отримують полегшення: у них знижується відчуття унікальності й ненормальності власних реакцій, зменшується внутрішнє напруження. Дії ведучих спрямовано на те, аби мобілізувати внутрішні ресурси учасників, допомогти їм підготуватися до

переживання тих симптомів чи реакцій, які можуть виникнути в майбутньому. Учасникам обов'язково повідомляють про те, де в подальшому вони зможуть отримати допомогу. Мета дебрифінгу – знизити тяжкість психологічних наслідків після пережитого стресу. Участь у дебрифінгу не може попередити виникнення наслідків трагічних подій, але перешкоджає їх розвитку та посиленню, сприяє розумінню причин свого стану й усвідомленню дій, які необхідні, аби його полегшити. Тому це одночасно метод кризової інтервенції та профілактики. Крім того, під час дебрифінгу у психолога є можливість визначити тих військовослужбовців, які можуть потребувати додаткових заходів психологічної профілактики.

Завдання дебрифінгу:

- відреагування вражень, реакцій, відчуттів;
- сприяння когнітивній організації досвіду, що переживається, шляхом розуміння як подій, так і реакцій;
- зниження індивідуального і групового напруження;
- зменшення відчуття унікальності й патологічності власних реакцій;
- мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності, розуміння;
- підготовка до переживання симптомів, які можуть виникнути;
- інформування учасників про те, де в подальшому вони можуть отримати допомогу.

Дебрифінг чітко структурований і має сім фаз:

- 1) вступна;
- 2) опис факторів;
- 3) опис думок;
- 4) опис переживань;
- 5) опис симптомів;
- 6) навчання;
- 7) завершувальна.

Вступна фаза. Процедура дебрифінгу розпочинається знайомством: ведучі й учасники подій представляються. Ведучі висловлюють співчуття із приводу подій.

Потім установлюються цілі дебрифінгу – допомогти подолати наслідки події, що травмує. Підкреслюють, що дебрифінг – не психотерапія, а процедура, яка дозволяє поділитися своїми відчуттями й реакціями, допомогти собі та іншим дізнатися про те, якими бувають звичайні реакції на подібні події і як їх долати. Для створення атмосфери безпеки приймаються правила:

- залишатися протягом усього часу (2–2,5 години);
- висловлюватися лише від себе (не узагальнювати висловлювання, назватися і висловити своє ставлення до події, уміти вислухати інших);
- не відходити від теми;
- право не висловлюватися (ніхто не може бути змушений висловлюватися проти власної волі);
- ставитися один до одного з повагою, не висловлювати оцінних суджень;
- зберігати конфіденційність.

Перелік правил може бути доповнений учасниками.

Фаза фактів. Учасникам пропонується по колу відповісти на такі запитання:

- Хто ви і як пов'язані з подією чи загиблєм?
- Де ви були, коли це сталося?
- Що сталося?
- Що ви бачили й чули?

Таким чином, кожна особа коротко описує, що з нею відбулося під час інциденту: як вона побачила подію і якою була послідовність подій. На цій стадії можливі перехресні запитання учасників один до одного, які допомагають з'ясувати і сформулювати об'єктивну картину подій. Це дає можливість відновити відчуття орієнтації в ситуації, що може сприяти впорядкуванню думок і почуттів. Знання всіх подій та їх послідовності створює відчуття когнітивної організації. Чим довше тривав інцидент, тим триваліша ця фаза. Однак варто пам'ятати, що це лише етап дебрифінгу і не застряти на ньому. Людина може мати власне бачення ситуації, яка визначається різними обставинами: місцеположенням, тривалістю участі, поміченими деталями тощо. Власне бачення визначає власний сенс події для кожної людини і в подальшому може стати джерелом страждань.

Фаза думок. Фокусування на процесах прийняття рішень і думок. Учасники відповідають на запитання:

- Якою була ваша перша думка, коли ви усвідомили, що сталося (*питання для свідків події, тих, хто намагався врятувати особу, яка скоїла суїцид*)?
- Якою була ваша перша думка, коли дізналися, що трапилося (*варіант для тих, хто не був безпосереднім свідком*)?
- Які рішення ви приймали й чому?

Перша думка зазвичай містить те, що становить серцевину тривоги. Однак висловлювання цих думок може ускладнюватися для учасників, бо такі думки здаються недоречними, чудними або негідними. Саме тому так важливо поділитися ними. Порівняння своєї реакції з подібними реакціями інших людей знижує напруження й формує спільноту.

Фаза переживань. Зазвичай це найтриваліша фаза дебрифінгу. Попередня фаза актуалізувала досить сильні переживання, які можуть стати руйнівними для людини. Завдання цієї фази – створити такі умови, за яких учасники могли б пригадати й висловити сильні відчуття в умовах підтримки групи, а також підтримати інших учасників, які також дуже страждають. На цій стадії можуть допомогти такі запитання:

- Як ви реагували?
- Що було для вас найжахливішим із того, що сталося?
- Що запам'яталося найяскравіше?
- Які тілесні відчуття ви переживали під час подій?
- Що б ви сказали загиблому, якби була така можливість?

Бажано, щоб усі висловилися по черзі. Проте, якщо група велика, можна висловлюватися в довільному порядку. Завдання ведучих – підтримати

вираження відчуттів із боку учасників. При цьому потрібно заохочувати їх відповідати один одному, висловлювати підтримку і виражати її іншими засобами (поглядом, торканням, обіймами). Особливо важливо мобілізувати групову підтримку в моменти, коли стан особи, яка говорить, погіршується. Учасники мусять відчувати, що будь-які їхні емоції мають право на існування, що вони важливі й заслуговують на повагу. Часто можна спостерігати такі почуття, як жах, страх, безпорадність, безсилля, самотність. Дуже характерним є почуття провини, коли людина відчуває відповідальність за загибель особи, провину за нездатність допомогти їй, урятувати. Думки на зразок: “Я ж бачив, що з ним щось не так, чому не спитав, чому не зупинив?” “Він говорив, що щось із собою зробить, а я не повірив”. Якщо в когось з учасників погіршується стан, то це ключовий момент для мобілізації групової підтримки, сигнал товаришу покласти руку на плече, висловитися, і сльози тут доречні й можливі. Чоловіки досить часто мають складності з тим, аби обійнятися чи торкнутися один одного. Якщо хтось виходить за двері, один із ведучих іде за ним і розмовляє певний час, аби підтримати й дати виразити сильні почуття. Вираження інтенсивних почуттів знизить напруження і дозволить повернутись у групу. Важливо звернути увагу на тих, хто здається найбільш травмованим, хто мовчить і має особливо виражені симптоми. До таких учасників потрібно підійти після закінчення і поговорити індивідуально.

Фаза симптомів. Іноді ця фаза поєднується з попередньою чи наступною. Однак іноді є сенс виділити її в окрему фазу.

Деякі реакції через свою незвичайність варто обговорити детальніше. Учасників просять описати симптоми (емоційні, когнітивні, фізичні), які вони пережили: на місці подій; після завершення ситуації; коли повернулися на місце події наступного дня, якщо подія відбулася на території військової частини. Обов'язково слід ставити питання про незвичайні переживання, про складності повернення до нормального режиму життя і служби. На цій стадії узагальнюються реакції учасників і надається інформація про типові реакції на стрес.

Основні прояви посттравматичних стресових реакцій:

- симптоми повторення: нав'язливі спогади трагедії, що повторюються; епізоди “оживлення” пережитого у вигляді ілюзій, галюцинацій; сни, що повторюються;
- симптоми уникнення: прагнення уникати розмов, думок, почуттів, місць, людей – усього того, що може допомогти згадати про трагедію; провали у пам'яті; відчуження від близьких;
- симптоми збудження: складності засинання і збереження сну; дратівливість, необґрунтовані спалахи злості; складності концентрації; надпильність; перебільшена реакція переляку.

Цю інформацію можна роздати учасникам у роздрукованому вигляді і попросити їх визначити, які з цих реакцій вони переживають. Потрібно зауважити, що описані стани і симптоми – це нормальна реакція на ненормальну ситуацію і з часом вони зникнуть. Слід розповісти, які реакції можна очікувати через певний час.

Важливо поговорити про методи самопомоги, про те, як учасники можуть подбати про себе, інформувати їх про те, де вони зможуть отримати допомогу, і відповісти на їхні запитання.

Стадія завершення. Для “заземлення” досвіду групи слід:

- коротко підсумувати те, що було сказано;
- спитати, чи не залишилося чогось важливого, про що хотілося б сказати зараз;
- подякувати всім за участь, а також за те, що змогли поділитися своїми переживаннями, підтримати один одного;
- нагадати про конфіденційність.

Запропонувати учасникам подумати над тим, як вони зможуть підтримати один одного в подальшому. Можна визначити час і місце нової зустрічі, яку вони можуть організувати самі чи за підтримки ведучих.

Постдебрифінг. Протягом 20–30 хвилин після завершення слід приділити увагу тим учасникам, які викликають найбільше занепокоєння, поговорити з ними сам на сам. Потім обговорити між ведучими зроблену роботу, надати один одному зворотній зв’язок, проговорити найважливіші моменти.

Укладена пам’ятка для психолога щодо процедури проведення дебрифінгу наведена в дод. Ж.

За результатами дебрифінгу в АПС “Фактор-S” вноситься перелік осіб, які потребують посиленої психологічної уваги й додаткових заходів психопрофілактики з приводу події.

5.8 Експрес-програма діагностики суїцидальної активності військовослужбовців

Коли дані за АПС “Психодіагностика 2” застаріли (рік і більше), а також немає можливості чи не доцільно їх поновити, у процесі роботи з особовим складом, який виконує службово-бойові завдання в місцях тимчасової дислокації, рекомендується такий алгоритм роботи.

1-й крок. Заповнення командиром на своїх підлеглих або психологом “Карти чинників суїцидального ризику”.

2-й крок. Якщо за даними “Карти чинників суїцидального ризику” визначена ймовірність учинення суїциду військовослужбовцем, який перебуває в місцях постійної дислокації військової частини, рекомендується діяти згідно з відповідним “Протоколом психопрофілактичної роботи з військовослужбовцями, зарахованими до групи посиленої психологічної уваги” за соціально-психологічними чи психологічними типами проблем.

3-й крок. Якщо за даними “Карти чинників суїцидального ризику” визначена ймовірність вчинення суїциду військовослужбовцем, який перебуває в місцях тимчасової дислокації військової частини, рекомендується залежно від критичності ситуації проводити психотерапевтичну бесіду з військовослужбовцем (за помірної інтенсивності мотивації скоїти суїцид) чи діяти відповідно до “Протоколу надання першої психологічної допомоги” в разі спроби скоїти військовослужбовцем суїцид (див. дод. К).

Карта чинників суїцидального ризику

“Карта чинників суїцидального ризику” [290, с. 69–70] у загальних рисах ураховує як особистісні риси (на відміну від інших аналогічних розробок ці риси відповідають виділеним у цьому НДР типам суїцидальної активності), так і стресогенність ситуації, тому в загальному вигляді підміняє перший і другий кроки роботи з АПС “Фактор-S”.

Ця карта, як і “Карта ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”, належить до методів експертного оцінювання і заповнюється психологом, безпосереднім командиром за результатами власних спостережень, взаємодії, індивідуальних бесід та аналізу особових справ.

Бланк “Карти чинників суїцидального ризику”

(матеріали для друку)

1. Біографічні чинники.

1.1. Спроби самогубства у родичів.

1.2. Смерть або розлучення батьків.

1.3. Недоліки у вихованні (гіпо- або гіперопіка, жорстоке поводження).

1.4. Відсутність виражених пізнавальних і професійних інтересів.

1.5. Провідні цінності, пов’язані з любовними стосунками.

1.6. Початок статевого життя до досягнення 16 років.

1.7. Відсутність ясних життєвих планів або, навпаки, наявність нереалістичного однозначного (за принципом “усе або нічого”) уявлення про кар’єру.

1.8. Віктимність стосовно нещасних випадків (у минулому були переломи, опіки, травми голови тощо).

1.9. На тілі є татуювання, сліди самопорізів, схильність до саморуйнівної поведінки (багато палить, уживав психотропні засоби, здійснював ризиковані вчинки).

1.10. Змінював місця навчання або роботи без істотної причини, погано відгукується про них.

2. Особливості особистості.

2.1. Емоційно чутливий, уразливий, образливий.

2.2. Виражені вегетативні ознаки нервозності (тремор кінцівок, заїкання, “грудка в горлі”, тахікардія, сильне потовиділення, почервоніння, збліднення і т. ін.).

2.3. Ригідність афекту застрягання на певних надзначущих почуттях, думках (нездатність до витіснення неприємних переживань), почуття вини.

2.4. Імпульсивність поведінки (легко гнівається, кричить).

2.5. Хворобливе самолюбство, високий рівень домагань.

2.6. Явні труднощі в установленні контакту з людьми.

2.7. Тривожність, невпевненість у собі, залежність від інших.

2.8. Вузькість інтересів, світогляду, фаталізм.

2.9. Знижений порівняно з однолітками або збочений статевий потяг.

2.10. Безкомпромісність у конфліктних ситуаціях (упертий, наполягає на своєму там, де потрібна гнучкість).

3. Особливості актуальної ситуації.

- 3.1. Конфлікт за місцем служби.
- 3.2. Конфлікт у сфері особистих стосунків.
- 3.3. Комбінована конфліктна ситуація, що стосується одночасно всіх значущих сфер життєдіяльності.
- 3.4. Ситуація невизначеності, неможливість впливати на розвиток подій, тенденції до погіршення ситуації, її оцінка як безвихідної.
- 3.5. Складна ситуація триває більше 3 місяців.
- 3.6. Аналогічна ситуація вже була в минулому й не мала позитивного виходу.
- 3.7. Суб'єкт перевтомлений, виснажений наднормативним навантаженням, не має можливості відпочити й відновити свої сили.
- 3.8. Суб'єкт ослаблений хворобою.
- 3.9. Становище суб'єкта обтяжено важкими побутовими умовами, поганим харчуванням, браком грошей тощо.
- 3.10. У суб'єкта відмічаються порушення сну, апетиту, зниження ваги, скарги на стан здоров'я.
- 3.11. Спостерігається зниження активності, втрата інтересів, зміни характеру (наприклад, став замкненим).
- 3.12. Збільшення тютюнопаління, алкоголізації.
- 3.13. Відсутність довірених осіб, з якими суб'єкт міг би поділитися своїми труднощами.
- 3.14. Зміни в манері висловлюватися (щось не договорює, говорить незрозуміло, натяками).
- 3.15. Скаржитися на втому, нерозуміння і т. ін.
- 3.16. Відмічаються передсуїцидальні висловлювання (“От коли я помру”) і дії (наводить порядок у своїх справах, прощається з людьми або пам'ятними місцями, дарує іншим потрібні йому речі тощо).
- 3.17. Мають місце висловлювання про безглуздість подальшого життя, прямі погрози самогубства, приготування до самогубства.

Суїцидальний ризик вважається значним, якщо мають місце більше 16 із 37 наведених вище чинників, реальним – за наявності 5 ознак, що завершують наведений перелік.

*Загальний план психотерапевтичної бесіди із суїцидально активною особою
(матеріали для друку)*

На першому етапі встановлюється емоційний контакт із суїцидентом, налагоджуються стосунки співчутливого партнерства, які характеризуються високим ступенем довіри.

На другому етапі встановлюється послідовність подій, унаслідок яких склалася кризова ситуація, з'ясовується, що вплинуло на душевний стан, знімається відчуття безвихідності ситуації.

Третім етапом стає спільне планування діяльності з подолання кризової ситуації.

На четвертому етапі досягається остаточне ухвалення рішення, надається активна психологічна підтримка, спрямована на формування в індивіда впевненості у своїх силах і можливостях.

5.9 Розроблення автоматизованого психодіагностичного комплексу прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України

5.9.1 Структура баз даних і їх логічний взаємозв'язок у психодіагностичному комплексі прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України

Для функціонування автоматизованого психодіагностичного комплексу необхідна така інформація, що зберігається у базах даних (БД) [291–297]:

- загальні анкетні відомості про респондента;
- результати комп'ютерного психологічного і психофізіологічного обстеження;
- вихідні тести (тестові завдання);
- розроблення комплексного тесту.

У загальних анкетних відомостях про кандидата передбачена можливість введення даних, необхідних для прогнозування вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України.

Результати комп'ютерного психологічного і психофізіологічного обстеження такі:

- показники діагностичних шкал, виражені в конкретних фізичних величинах, передбачених кожною методикою, що включена у процедуру обстеження;
- стандартизовані показники діагностичних шкал залежно від цілей обстеження і групування результатів за різними компонентами, які визначають особливості суїцидальної мотивації військовослужбовця Національної гвардії України;
- інтегральний показник прогнозування ймовірності скоєння суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України.

Функціонування автоматизованої системи прогнозування вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України пов'язане зі збиранням, обробленням і зберіганням різноманітної інформації про респондентів. Цей процес вимагає певного ресурсу дискового простору, оптимального надання та зберігання цієї різноманітної інформації, а також потребує певної оптимізації [298–301]. Загальні питання вибору форматів зберігання даних в АКПК розроблені [293–297].

Цей комплекс тісно пов'язаний із комплексом визначення професійної придатності військовослужбовця Національної гвардії України і має 8 загальних таблиць. Крім того, додано ще 8 тематичних таблиць, 3 таблиці респондентів і службову таблицю (див. рис. 5.2).

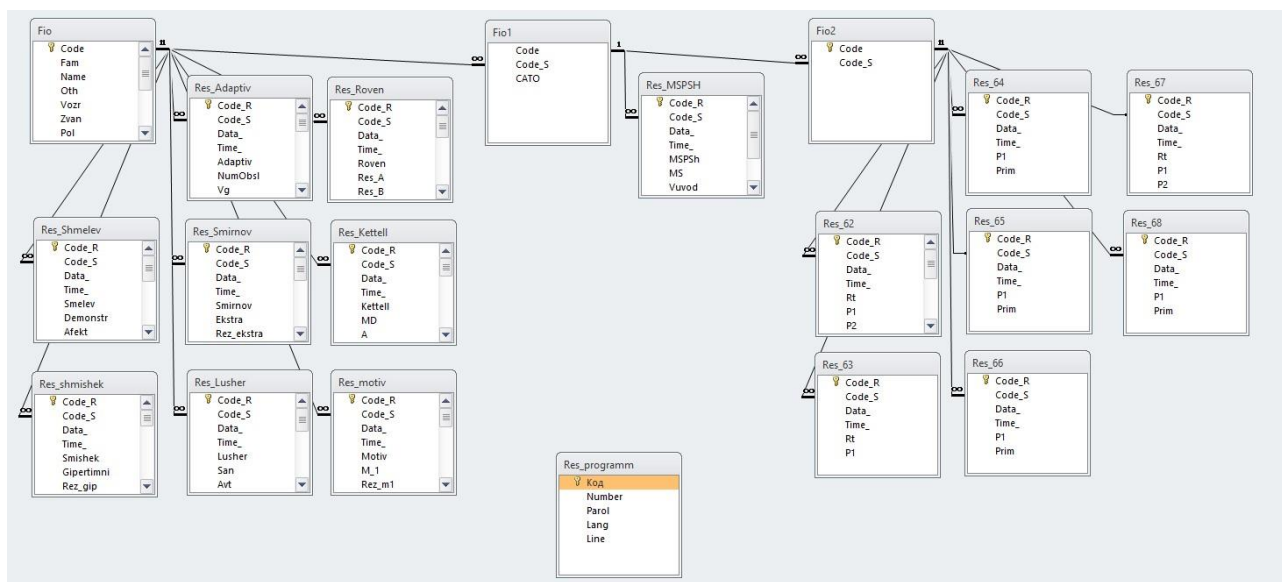


Рисунок 5.2 – Схема таблиц у БД і їх взаємозв'язок

Першою й основною є таблиця із загальними відомостями про респондентів – Fio. Додаткові таблиці для респондентів – Fio1 та Fio2. Наступні таблиці бази відповідатимуть набору психологічних тестів, закладених у психодіагностичний комплекс: Res_Kettell (“Методика багатофакторного дослідження особистості” Р. Кеттелл, Res_Shmishek “Методика визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту”, (К. Леонгард та Х. Шмішек), Res_Adaptiv (Багатофакторний особистісний опитувальник “Адаптивність” А. Г. Маклаков), Res_Roven (“Прогресивні матриці Равена”), Res_Lusher (“Метод колірних виборів”, тест М. Люшера у модифікації Л. Собчик), Res_Motiv (“Закрита анкета вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”), Res_Shmelev (“Опитувальник суїцидального ризику”, О. Г. Шмельов), Res_Smirnov (“Самооцінка структури темпераменту”, Б. М. Смирнов) – ці таблиці безпосередньо підключені до основної таблиці Fio; Res_MSPSH (“Міссісіпська шкала оцінювання посттравматичних реакцій” військовий варіант) – ця таблиця підключена до основної таблиці Fio через допоміжну таблицю Fio1; Res_62 (“Опитувальник міні-мульти”), Res_63 (“Карта суїцидального ризику”), Res_64 (“Тематичний апперцепційний тест”), Res_65 (психодіагностична бесіда), Res_66 (дебрифінг), Res_67 (“Карта чинників суїцидального ризику”), Res_68 (“Психотерапевтична бесіда”) – ці таблиці підключені до основної таблиці Fio через допоміжні таблиці Fio1-Fio2.

Між основними та іншими таблицями створюються зв'язки типу “один до багатьох”. Така схема дозволяє автоматично контролювати й обробляти зміну і видалення пов'язаних полів. Таблиці результатів психологічних тестів, які ввійшли до комплексу, заповнюються автоматично.

Розглянемо загальну структуру кожної таблиці окремо.

Структура таблиць Fio, Fio1, Fio2, Res_Kettell, Res_Shmishek, Res_Adaptiv, Res_Roven, Res_Lusher, Res_Motiv, Res_Shmelev, Res_Smirnov, Res_MSPSH наведена у [291; 293–297].

Структура цих таблиць цілком залежатиме від інформації, потрібної психологу для визначення ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем. Вона має специфічну структуру для кожного психологічного тесту. Однак кожна таблиця результатів обов'язково міститиме такі стандартні поля:

- поле Code_R – індивідуальний ідентифікаційний код (лічильник);
- поле Code_S – код зв'язку певного запису з кодом респондента і відповідним записом у таблиці Fio1 або Fio2;
- поле Data_ – дата проведення останнього тестування, тип поля – дата/час;
- поле Time_ – час проведення останнього тестування, тип поля – дата/час.

Таблиця Res_62

Таблиця містить інформацію про кожного респондента щодо діагностики клінічного рівня прояву негативної симптоматики у військовослужбовця. Структура полів таблиці наведена на рис. 5.3.

Имя поля	Тип данных	Описание
Code_R	Счетчик	индивидуальный номер записи
Code_S	Числовой	код связи с таблицей Fio2
Data_	Дата/время	дата прохождения теста
Time_	Дата/время	время прохождения теста
Rt	Текстовый	результаты тестирования Тест особенностей профессиональной саморегуляции - 71 (+/-)
P1	Числовой	показник шкалы брехни - L
P2	Числовой	показник шкалы вирогідності - F
P3	Числовой	показник шкалы корекції - K
P4	Числовой	показник шкалы іпохондрії - Hs
P5	Числовой	показник шкалы депресії - D
P6	Числовой	показник шкалы істерії - Hy
P7	Числовой	показник шкалы психопатії - Pd
P8	Числовой	показник шкалы параноїяльності - Pa
P9	Числовой	показник шкалы психостенія - Pt
P10	Числовой	показник шкалы шизоїдний - Se
P11	Числовой	показник шкалы гіпоманія - Ma

Рисунок 5.3 – Структура таблиці Res_62

Таблиця Res_63

Містить інформацію про кожного респондента щодо результатів визначення ризику скоєння суїциду військовослужбовцем (оцінки сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації розвитку військовослужбовця). Структура полів таблиці наведена на рис. 5.4.

Имя поля	Тип данных	Описание
Code_R	Счетчик	индивидуальный номер записи
Code_S	Числовой	код связи с таблицей Fio2
Data_	Дата/время	дата прохождения теста
Time_	Дата/время	время прохождения теста
Rt	Текстовый	результаты анкетирования Карта суицидального риска - 58 (0..3)
P1	Логический	показник вирогідність скоєння суїциду (Так/Ні)

Рисунок 5.4 – Структура таблиці Res_63

Таблиця Res_64

Містить інформацію про кожного респондента щодо результатів оцінювання інтенсивності суїцидальної мотивації військовослужбовців. Структура полів таблиці наведена на рис. 5.5.

Таблиця Res_65

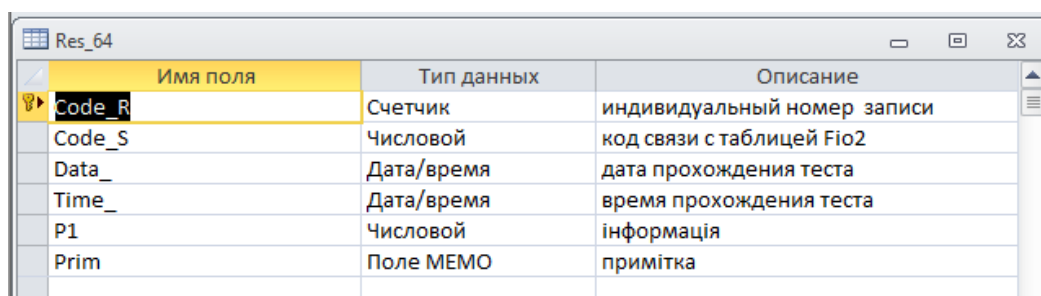
Містить інформацію про кожного респондента щодо результатів проведення психодіагностичної бесіди. Структура полів таблиці однотипна з таблицею Res_64 і наведена на рис. 5.5.

Таблиця Res_66

Містить інформацію про кожного респондента щодо результатів проведення дебрифінгу. Структура полів таблиці однотипна з таблицею Res_64 (рис. 5.5).

Таблиця Res_68

Містить інформацію про кожного респондента щодо результатів проведення психотерапевтичної бесіди. Структура полів таблиці однотипна з таблицею Res_64 (рис. 5.5).

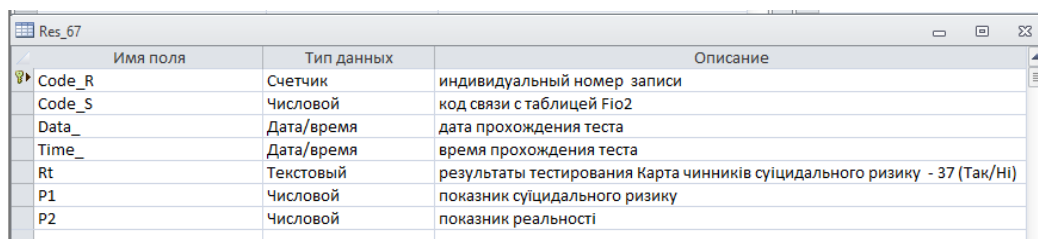


Имя поля	Тип данных	Описание
Code_R	Счетчик	индивидуальный номер записи
Code_S	Числовой	код связи с таблицей Fio2
Data_	Дата/время	дата прохождения теста
Time_	Дата/время	время прохождения теста
P1	Числовой	інформація
Prim	Поле MEMO	примітка

Рисунок 5.5 – Структура таблиці Res_64, Res_65, Res_66, Res_68

Таблиця Res_67

Містить інформацію про кожного респондента щодо вивчення особистісних рис і стресогенності ситуації. Структура полів таблиці наведена на рис. 5.6.



Имя поля	Тип данных	Описание
Code_R	Счетчик	индивидуальный номер записи
Code_S	Числовой	код связи с таблицей Fio2
Data_	Дата/время	дата прохождения теста
Time_	Дата/время	время прохождения теста
Rt	Текстовый	результаты тестирования Карта чинників суїцидального ризику - 37 (Так/Ні)
P1	Числовой	показник суїцидального ризику
P2	Числовой	показник реальності

Рисунок 5.6 – Структура таблиці Res_67

Таким чином, наведена структура таблиць відповідає вимогам поставлених завдань, а також вимогам оптимального зберігання досить великих масивів інформації та організації швидкого доступу до них.

5.9.2 Створення модуля проведення опитувань психодіагностичного комплексу прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем НГУ

Користувач може бути протестованим за 10 психодіагностичними тестами (9 опитувальників та один проєктивний тест), ще 2 тести належать до методів експертного оцінювання і заповнюються психологом, безпосереднім

командиром за результатами їх власних спостережень. Крім того, до комплексу для зберігання й повноти опису “діагностичної ситуації” вносяться результати за проективною методикою ТАТ, психодіагностичною і психотерапевтичною бесідами. У комплекс вносять результати проведення дебрифінгу в підрозділі, в якому сталася надзвичайна подія.

Порядок роботи користувача під час виконання тестів Кеттелла, Шмішека, Равена, Люшера, Шмельова, Смирнова, БОО “Адаптивність”, “Закритої анкети вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України” та “Міссісіпської шкали оцінювання посттравматичних реакцій” наведений у [291; 293–297].

5.9.2.1 Порядок роботи користувача з методикою “Міні-мульти”

Опитувальник розроблено для діагностики клінічного рівня прояву негативної симптоматики у військовослужбовця.

Кожне із 71 висловлювання має свій порядковий номер. Оцінюючи свою поведінку за пунктами опитувальника, респондент повинен поставити у стовпчику для відповідей поряд із номером висловлювання відповідь “Так”, якщо ця характеристика відповідає його поведінці. Якщо він вважає, що такої відповідності немає, то ставить поряд із номером відповідь “Ні”.

Перед тестом з’являється панель з інструкцією щодо його виконання (рис. 5.7). Запуск тесту здійснюється натисканням кнопки “Розпочати тест” або будь-яким натисканням клавіатури чи миші.

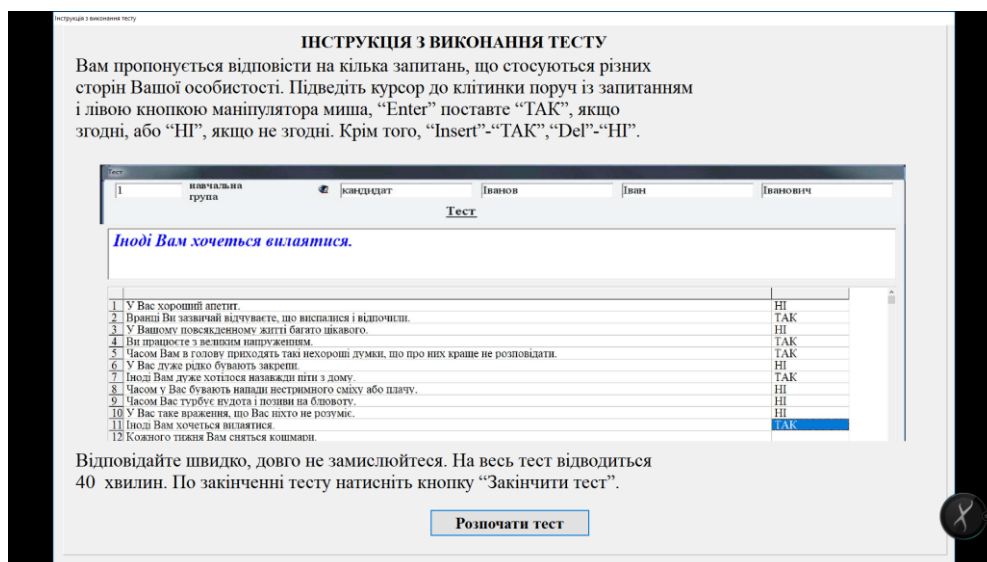


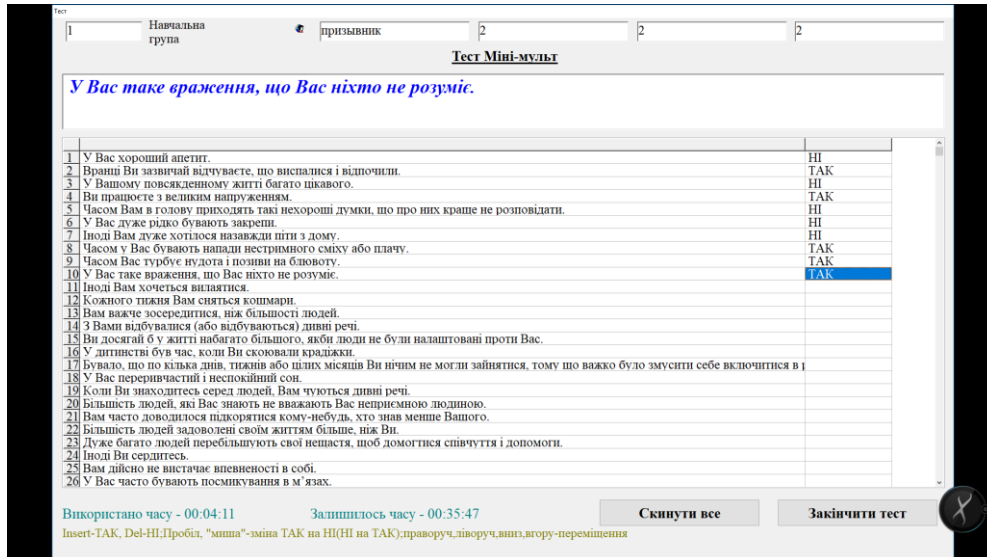
Рисунок 5.7 – Інструкція до виконання тесту

Зовнішній вигляд панелі психологічного тесту наведено на рис. 5.8.

У верхній частині екрана наводяться дані про особу, яка обстежується: номер групи, звання, прізвище, ім’я та по батькові. Далі у віконці синім кольором відображається поточне твердження тесту. Наступна зона являє собою таблицю, що складається з 3 стовпців і 72 рядків. У 2-му стовпці

наведено твердження тесту, а в 3-му – відповіді. Відповіді можуть бути тільки двох типів: “Так” або “Ні”.

Вибір відповіді на запитання здійснюється шляхом підведення курсора до клітинки третього стовпця в рядку питання. Натисканням лівої кнопки манипулятора “миша” вибирається відповідь.



5.8 – Панель опитування за методикою “Міні-мульти”

Можливе керування й за допомогою клавіатури: кнопки “вгору”, “вниз”, “вправо”, “вліво” здійснюють переміщення таблицею, клавіша “Enter” – вибір відповідей, клавіша “Insert” – введення відповіді “Так”, клавіша “Del” вводить відповідь “Ні”. На роботу із тестом виділяється до 40 хвилин. Відповівши на всі запитання, необхідно закінчити тест. Завершення тесту здійснюється натисканням кнопки “Закінчити тест”. Після натиснення цієї кнопки висвічується вікно підтвердження закінчення тесту.

Кнопка “Скинути все” призначена для скидання всіх відповідей у початковий стан. Після її натиснення відповідати на запитання необхідно заново.

5.9.2.2 Порядок заповнення психологом “Карти суїцидального ризику”

Карту розроблено для оцінювання ситуації соціального розвитку військовослужбовця як такої, що сприяє чи не сприяє реалізації суїцидальної активності виділених типів. Карта є методикою експертного оцінювання, яку заповнює особа (бажано, безпосередній командир) зі значним досвідом спільної тісної взаємодії із військовослужбовцем, спостереження за особливостями його поведінки, змінами психоемоційного стану у звичайних та екстремальних умовах і досвідом оцінювання ефективності його діяльності.

Карта містить 53 критерії для оцінювання, передбачено чотири варіанти оцінки (від 0 до 3 балів).

Перед методикою з'являється панель з інструкцією стосовно її виконання (рис. 5.9). Запуск методики здійснюють натисканням кнопки “Розпочати тест” або будь-яким натисканням клавіатури чи миші.

Зовнішній вигляд панелі “Карти суїцидального ризику” наведено на рис. 5.10.

ІНСТРУКЦІЯ З ВИКОНАННЯ ТЕСТУ

Оцініть наведені нижче твердження відповідно до того, наскільки вони описують поведінку військовослужбовця балами від 0 до 3. Для цього у таблиці відповідей навпроти кожного твердження підведіть курсор до тієї графі, що відповідає Вашій оцінці та натисніть ліву кнопку “миші”, “Пробіл” або “Insert”.

Тест

1. Навчальна група: кандидат Іванов Іван Іванович

2.4. Матеріально-побутові труднощі (об'єктивно чи суб'єктивно нерозв'язні): велика заборгованість перед банком, вірогідність втрати житла, гостра потреба в грошах на коштовну операцію для

	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
1. Біографічні дані				
1.1. Наявність власних думок про самотєвство у минулому.				X
1.2. Виховання в неповній чи неблагополучній родині, у дитячому будинку.	X			
1.3. Смерть чи розлучення батьків до досягнення суб'єктом 15-ти років.		X	X	
1.4. Деформація спрямованості особистості (відсутність життєвих планів, професійних	X			
1.5. Уразливість (виктмність) щодо несправжніх випадків внаслідок порушення заборон				X
1.6. Різка зміна соціального чи професійного статусу (погіршення матеріально-побутові		X		
1.7. Наявність у військовослужбовця (строкової служби чи за контрактом) в біографії з				X
1.8. У біографії військовослужбовця була смерть дружини/чоловіка (дитини) чи розлуч			X	
2. Актуальна ситуація (чи ситуація, яка мала місце не пізніше, ніж 6 місяців назад)				
2.1. Сімейний конфлікт (між подружжям, з дітьми, з батьками, батьками дружини/чоло		X		
2.2. Участь в бойових діях, використання зброї на ураження при виконанні СБЗ, спосте			X	
2.3. Перебування у полоні та пов'язані з цим особливості життя після звільнення (взам		X		
2.4. Матеріально-побутові труднощі (об'єктивно чи суб'єктивно нерозв'язні): велика з				X

Відповідайте швидко, довго не замислюйтеся. На весь тест відводиться 20 хвилин. По закінченні тесту натисніть кнопку “Закінчити тест”.

Розпочати тест

Рисунок 5.9 – Інструкція до виконання тесту

Тест

1. Навчальна група: призывник 2 2 2

Карта суїцидального ризику

1.7. Наявність у військовослужбовця (строкової служби чи за контрактом) в біографії змін декількох місць навчання чи роботи без істотних причин.

	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
1. Біографічні дані				
1.1. Наявність власних думок про самотєвство у минулому.	X			
1.2. Виховання в неповній чи неблагополучній родині, у дитячому будинку.		X		
1.3. Смерть чи розлучення батьків до досягнення суб'єктом 15-ти років.		X		
1.4. Деформація спрямованості особистості (відсутність життєвих планів, професійних	X			
1.5. Уразливість (виктмність) щодо несправжніх випадків внаслідок порушення заборон				X
1.6. Різка зміна соціального чи професійного статусу (погіршення матеріально-побутові		X	X	
1.7. Наявність у військовослужбовця (строкової служби чи за контрактом) в біографії з				X
1.8. У біографії військовослужбовця була смерть дружини/чоловіка (дитини) чи розлуч			X	
2. Актуальна ситуація (чи ситуація, яка мала місце не пізніше, ніж 6 місяців назад)				
2.1. Сімейний конфлікт (між подружжям, з дітьми, з батьками, батьками дружини/чоло		X		
2.2. Участь в бойових діях, використання зброї на ураження при виконанні СБЗ, спосте			X	
2.3. Перебування у полоні та пов'язані з цим особливості життя після звільнення (взам		X		
2.4. Матеріально-побутові труднощі (об'єктивно чи суб'єктивно нерозв'язні): велика з				X
2.5. Різка погіршення соматичного чи психічного здоров'я, особливо, якщо воно супро				X
2.6. Службовий конфлікт (з окремим співслужбовцем, з військовим колективом свого ч				X
2.7. Правовий конфлікт (страх перед покаранням за порушення законності).				X
2.8. Критична ситуація в службовій діяльності.				X
2.9. Процес адаптації до нових умов служби (новобранець (строкової служби, служби з				X
2.10. Затяжний чи нерозв'язний конфлікт у будь-якій сфері життєвої діяльності.				X
2.11. Об'єктивно несправедливе ставлення (веклощина) з боку значимих інших (друж				X
2.12. Відсутність перспектив у значимій сфері (професійній, сімейній, крах).				X
2.13. Втрата близьких людей (смерть яких настала не більше, ніж 2 роки назад (актуаль				X
2.14. Дефіцит спілкування і довірчих відносин (ізоляваність, внаслідок низького соціал				X
2.15. Сформована протягом останнього року болісна залежність від колективу чи від я				X

Використано часу - 00:00:10 Зашилось часу - 00:19:49

Insert, Пробіл, "миша" - відзначити відповідь, праворуч, ліворуч, вниз, вгору - переміщення

Скинути все Закінчити тест

Рисунок 5.10 – Панель опитування за “Картою суїцидального ризику”

У верхній частині екрана наводять дані про особу, яка оцінюється: номер групи, звання, прізвище, ім'я та по батькові. Далі у віконці синім кольором відображається поточне запитання стосовно особливостей соціальної ситуації розвитку військовослужбовця. Наступна зона являє собою таблицю, що складається із 6 стовпців і 59 рядків. У 2-му стовпці наведено критерій, за яким потрібно оцінювати військовослужбовця, а в 3–6-му стовпцях – оцінки. Вибрана відповідь позначається «X» (див. рис. 5.11).

	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
X				

Рисунок 5.11 – Фрагмент таблиці опитування з вибраною оцінкою

Вибір потрібної оцінки за запропонованим критерієм здійснюється шляхом підведення курсора до клітинки 3–6-го стовпця в рядку критерію. Натисканням лівої кнопки маніпулятора “миша” здійснюється вибір оцінки. Можливе керування й за допомогою клавіатури: кнопки “вгору”, “вниз”, “вправо”, “вліво” здійснюють переміщення таблицею, клавіші “Пробіл”, “Insert” – вибір цієї клітинки і її позначення символом “х”. Вибирається лише одна оцінка з чотирьох. На роботу з методикою виділяється до 20 хвилин. Завершення роботи здійснюється натисканням кнопки “Закінчити тест”. Після натиснення цієї кнопки висвічується вікно підтвердження завершення роботи над методикою.

Кнопка “Скинути все” призначається для очищення карти від оцінок. Після її натиснення карту необхідно заповнювати заново.

5.9.2.3 Порядок визначення психологом інтенсивності суїцидальної мотивації

Для визначення інтенсивності суїцидальної мотивації використовують проєктивну методику “Тематичний апперцепційний тест” (ТАТ) із набором карток для діагностики суїцидальності, а також психодіагностичну бесіду з відповідним набором запитань.

Результати обстеження за цими методиками вносить психолог. Зовнішній вигляд панелі внесення даних наведено на рис. 5.12, 5.13.

Рисунок 5.12 – Панель внесення результатів проєктивної методики ТАТ

Інструкція з введення тесту

1 прізвище 2 2 2

Психодіагностична бесіда

Дата проведення заходу 28.10.2019

Результат заходу

Примітка

суїцидальна мотивація відсутня
! – загальний суїцидальний намір
!! – конкретний суїцидальний намір
!!! – готовність до суїцидальних дій та приготування до суїцидальних спр

Закінчити тест

Рисунок 5.13 – Панель внесення результатів психодіагностичної бесіди

У верхній частині екрана наводять дані про особу, яка обстежується: номер групи, звання, прізвище, ім'я та по батькові. Наступна зона являє собою панель із полями введення дати проведення обстеження та полем вибору результатів обстеження. Вибраний результат обстеження відображається в цьому полі. Вибір потрібного результату обстеження здійснюється шляхом підведення курсора до необхідного рядка і натисненням лівої кнопки маніпулятора “миша” або за допомогою клавіатури. У поле примітки вносимо будь-яку додаткову інформацію, необхідну психологу для роботи.

Завершення внесення результатів проходження цих методик здійснюється натисненням кнопки “Закінчити тест”. Після її натиснення висвічується вікно підтвердження закінчення роботи над методикою.

5.9.2.4 Порядок внесення психологом у комплекс результатів проведення заходів вторинної і третинної психопрофілактики

У цьому пункті, зокрема, розглянуто порядок внесення результатів проведення дебрифінгу і психотерапевтичної бесіди.

Результати цих заходів заповнює психолог. Зовнішній вигляд панелі внесення даних наведено на рис. 5.14, 5.15.

Інструкція з введення тесту

1 прізвище 2 2 2

Дебрифінг

Дата проведення заходу 28.10.2019

Результат заходу

Примітка

Визначений перелік осіб, які потребують уваги психолога
Не визначено осіб, які потребують додаткової уваги психолога

Закінчити тест

Рисунок 5.14 – Панель внесення результатів дебрифінгу

Рисунок 5.15 – Панель внесення результатів психотерапевтичної бесіди

У верхній частині екрана наводять дані про особу, з якою проводилася робота: номер групи, звання, прізвище, ім'я та по батькові. Наступна зона являє собою панель, що має поля введення дати проведення заходу та вибору результатів заходу. Вибраний результат заходу відображається в цьому полі. Вибір потрібного результату заходу здійснюється шляхом підведення курсора до рядка й натисненням лівої кнопки маніпулятора “миша” або за допомогою клавіатури. У поле примітки вносимо будь-яку додаткову інформацію, яка необхідна психологу для роботи.

Завершення введення результатів проведення заходів здійснюється натисненням кнопки “Закінчити тест”. Після цього висвічується вікно підтвердження завершення цього етапу роботи.

5.9.2.5 Порядок заповнення психологом “Карти чинників суїцидального ризику”

“Карта чинників суїцидального ризику” – ще один метод експертного оцінювання, який на відміну від “Карти ризику скоєння суїциду військовослужбовцем НГУ” в загальних рисах ураховує як особистісні риси військовослужбовця, так і стресогенність ситуації, в якій він перебуває. В АПК його віднесено до блока експрес-обстеження, бо замінює перший і другий етапи роботи з АПК “Фактор-S”.

Кожний із 37 критеріїв для оцінювання військовослужбовця має свій порядковий номер. Оцінюючи поведінку військовослужбовця за зазначеними критеріями, психолог або безпосередній командир повинен поставити у стовпчику для оцінок поряд із номером критерію відповідь “Так”, якщо це відповідає характеристиці військовослужбовця, “Ні” – у разі її невідповідності.

Перед картою з’являється панель з інструкцією щодо її заповнення (див. рис. 5.16). Запуск роботи над картою здійснюється натисненням кнопки “Розпочати тест” або будь-яким натисненням клавіатури чи миші.

ІНСТРУКЦІЯ З ВИКОНАННЯ ТЕСТУ

Вам пропонується відповісти на питання, що стосуються чинників суїцидального ризику військовослужбовця. Відповідайте на кожне питання "ТАК" або "НІ", ставлячи свою відповідь поруч з питанням. Відповідайте за результатами власних спостережень, взаємодії, індивідуальних бесід та аналізу особових справ.

№	Навчальна група	Кандидат	Півно	Півні	Півноч
Тест					
1.8. Віктимність стосовно нещасних випадків (у минулому були переломи, опіки, травми голови і т. п.).					
I. Біографічні чинники.					
1	1.1	Спроби самогубства у родичів.			ТАК
2	1.2	Смерть або розлучення батьків.			НІ
3	1.3	Недоляки у вихованні (гіпо- або гіперопіка, жорстке поводження).			НІ
4	1.4	Відсутність виражених психіальних і професійних інтересів.			ТАК
5	1.5	Провали щирості, пов'язані з любовними стосунками.			НІ
6	1.6	Початок статевого життя до досягнення 16 років.			НІ
7	1.7	Відсутність яскравого життєвого плану або бачення, наявність нереалістичного оптимізму (за принципом «все або нічого») уяв.			ТАК
8	1.8	Віктимність стосовно нещасних випадків (у минулому були переломи, опіки, травми голови і т. п.).			НІ
9	1.9	На тлі с'яткування, сліди самогубств, схильність до самогубничого поведінки (багато палить, вживав психотропні засоби, зди			
10	1.10	Замовов місяця навчання або роботи без істинної причини, повною відсутністю про них.			
II. Особливості особистості.					
11	2.1	Емоційно чутливий, уразливий, образливий.			
12	2.2	Сильні виражені вегетативні ознаки нервозності (тремор кінцівок, заїкання, «грудка в горлі», tachikardiya, сильне потовиділення, поч			

Відповідайте швидко, довго не замислюйтеся. На весь тест відводиться 20 хвилин. По закінченні тесту натисніть кнопку "Закінчити тест".

Розпочати тест

Рисунок 5.16 – Інструкція до заповнення “Карти чинників суїцидального ризику”

Зовнішній вигляд панелі “Карти чинників суїцидального ризику” наведено на рис. 5.17.

Верхня частина екрана містить дані про особу, на яку заповнюється карта: номер групи, звання, прізвище, ім'я та по батькові. Далі у віконці синім кольором відображається поточний критерій, за яким здійснюється оцінювання військовослужбовця. Наступна зона являє собою таблицю, що складається з 3 стовпців і 37 рядків. У 2-му стовпці містяться критерії для оцінювання військовослужбовця, а в 3-му стовпці – оцінки. Оцінки можуть бути тільки двох типів: “Так” або “Ні”.

№	Навчальна група	Прізвище	Ім'я	По батькові
Карта чинників суїцидального ризику				
1.8. Віктимність стосовно нещасних випадків (у минулому були переломи, опіки, травми голови і т. п.).				
I. Біографічні чинники.				
1	1.1	Спроби самогубства у родичів.		ТАК
2	1.2	Смерть або розлучення батьків.		НІ
3	1.3	Недоляки у вихованні (гіпо- або гіперопіка, жорстке поводження).		НІ
4	1.4	Відсутність виражених психіальних і професійних інтересів.		ТАК
5	1.5	Провали щирості, пов'язані з любовними стосунками.		НІ
6	1.6	Початок статевого життя до досягнення 16 років.		НІ
7	1.7	Відсутність яскравого життєвого плану або бачення, наявність нереалістичного оптимізму (за принципом «все або нічого») уяв.		ТАК
8	1.8	Віктимність стосовно нещасних випадків (у минулому були переломи, опіки, травми голови і т. п.).		НІ
9	1.9	На тлі с'яткування, сліди самогубств, схильність до самогубничого поведінки (багато палить, вживав психотропні засоби, зди		
10	1.10	Замовов місяця навчання або роботи без істинної причини, повною відсутністю про них.		
II. Особливості особистості.				
11	2.1	Емоційно чутливий, уразливий, образливий.		
12	2.2	Сильні виражені вегетативні ознаки нервозності (тремор кінцівок, заїкання, «грудка в горлі», tachikardiya, сильне потовиділення, поч		
13	2.3	Різкість афекту «застягання» на певних надзвичайних почуттях, думках (нездатність до «випливання» неприємних переживан		
14	2.4	Високі потреби у самостійності, високий рівень домагань.		
15	2.5	Хворобливе самолюбство, високий рівень домагань.		
16	2.6	Явні труднощі у встановленні контакту з людьми.		
17	2.7	Привабливість, неприємність у собі, заздрість від інших.		
18	2.8	Вузкість інтересів, світогляду, фаталізм.		
19	2.9	Знижені у порівнянні з однолітками або збочені статеві потяги.		
20	2.10	Безкомпромісність у конфліктних ситуаціях (упертий, викликає на своєму там, де потрібна гнучкість).		
III. Особливості актуальної ситуації.				
21	3.1	Конфлікт за місцем служби.		
22	3.2	Конфлікт у сфері особистих стосунків.		
23	3.3	Комбінована конфліктна ситуація, що торкається одночасно всіх значущих сфер життєдіяльності.		

Використано часу - 00:00:11 Залишилось часу - 00:19:47

Скинути все **Закінчити тест**

Рисунок 5.17 – Панель заповнення “Карти чинників суїцидального ризику”

Вибір оцінки здійснюється шляхом підведення курсора до клітинки 3-го стовпця в рядку критерію оцінювання. Натисненням лівої кнопки маніпулятора “миші” здійснюється вибір оцінки. Можливе керування й за допомогою клавіатури: кнопки “вгору”, “вниз”, “вправо”, “вліво” здійснюють переміщення за таблицею, клавіша “Enter” – вибір оцінки, клавіша “Insert” – введення оцінки “Так”, клавіша “Del” – оцінки “Ні”. На заповнення карти виділяється до 20 хвилин. Заповнивши карту, необхідно натиснути кнопку “Закінчити тест”.

Після цього висвічується вікно підтвердження завершення цього етапу роботи.


Кнопка “Скинути все” призначена для очищення карти, приведення її в початковий стан. Після її натиснення карта заповнюється заново.

5.9.3 Розроблення блока аналізу результатів обстеження за психодіагностичними методиками, які визначають імовірність учинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України

Комплекс передбачає можливість перегляду інтерпретації результатів, отриманих під час психодіагностичного обстеження респондента.

Для перегляду за допомогою маніпулятора “миша” або клавіатури спочатку необхідно вибрати респондента, інформація про якого цікавить психолога. При цьому вибраний запис змінить фон на синій і в таблиці “Психологічні тести” відбудеться відновлення інформації для цього респондента. Вибір психодіагностичної методики здійснюється маніпулятором “миша” або клавіатурою шляхом натиснення на його назву. При цьому клітинка вибраної психодіагностичної методики змінить колір фону на синій. Якщо обстеження респондента за цією методикою відбулося, то після натиснення кнопки маніпулятора або клавіші “Enter” з’являється вікно інтерпретації отриманих за нею результатів. Крім того, перегляд результатів обстеження здійснюється вибором пункту меню Результати/Поточний результат або



кнопкою . Кожна методика має свою панель інтерпретації результатів обстеження.

Опис інтерпретації результатів тестів Р. Кеттелла, Х. Шмішека, Дж. Равена, М. Люшера, О. Г. Шмельова, Б. М. Смирнова, “Закритої анкети вивчення мотивації професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України”, БОО “Адаптивність” і “Міссісіпської шкали оцінювання посттравматичних реакцій” наведена у [291; 293–297].

5.9.3.1 Панель інтерпретації результатів тесту “Міні-мульти”

На панелі (див. рис. 5.18) наведена інтерпретація результатів, отриманих за скороченим варіантом багатофакторного опитувальника дослідження особистості “Міні-мульти”.

Методика побудована за типом оцінної шкали, що складається із 71 твердження, на кожне опитуваний відповідає “Так” або “Ні”. Діагностичне оцінювання здійснюється за 11 шкалами: 3 – оціночні, 8 – базисні. Оціночні шкали вимірюють відвертість респондента, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції через надмірну обережність. Базисні шкали призначаються для визначення властивостей особистості, що наведені на панелі на жовтому фоні:

- Іпохондрія (Hs);
- Депресія (D);
- Істерія (Hy);

- Психопатія (Pd);
- Паранойяльність (Pa);
- Психастенія (Pt);
- Шизоїдний (Se);
- Гіпоманія (Ma).

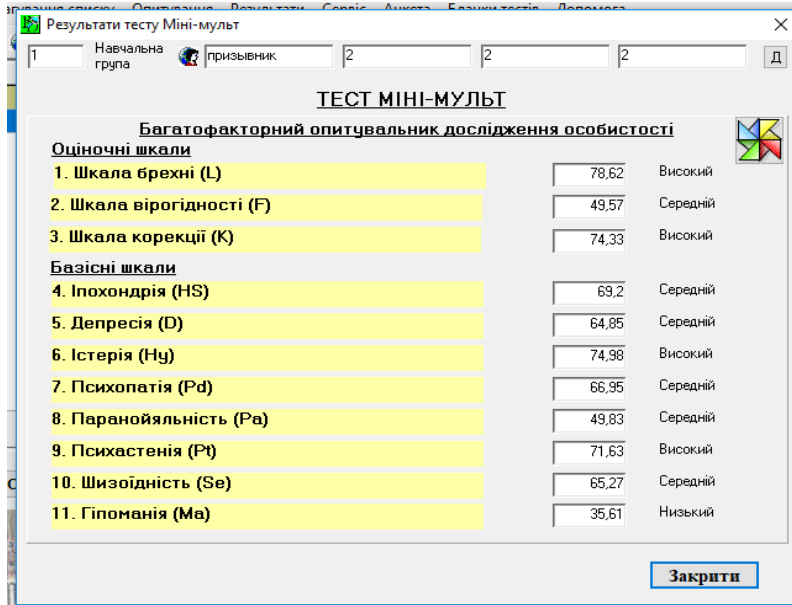



Рисунок 5.18 – Зовнішній вигляд панелі інтерпретації результатів, отриманих за тестом “Міні-мульти”

Бали підраховуються окремо за кожної шкалою відповідно до ключа.

Крім того, натиснувши на кнопку  “Профіль особистості” (рис. 5.19), можна побудувати профіль особистості, який дозволяє наочно оцінити вираженість показника за кожною шкалою і їх співвідношення. На горизонтальній осі графіка позначено шкали, на вертикальній – отримані за ними бали.

Вихід із цього вікна здійснюється натисненням кнопки “Закрити”.

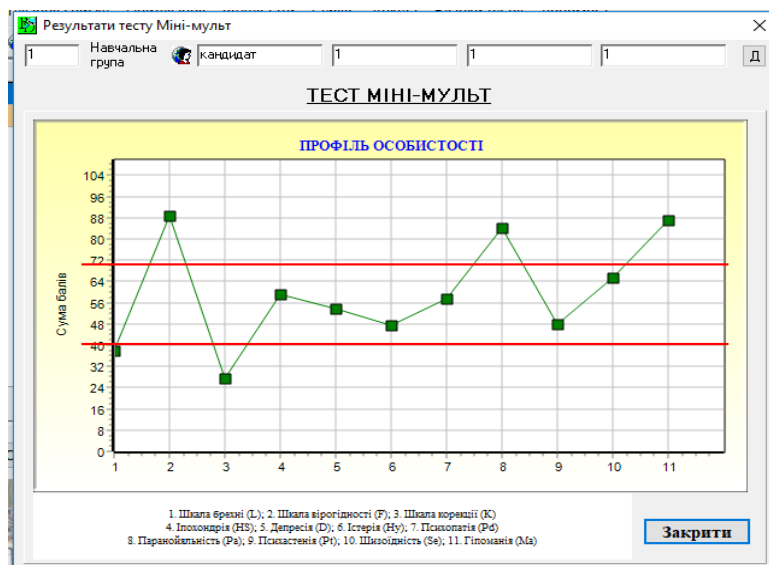


Рисунок 5.19 – Зовнішній вигляд панелі графічного відображення результатів тесту “Міні-мульти”

5.9.3.2 Панель інтерпретації результатів тесту “Карта ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”

На панелі (рис. 5.20) наводиться інтерпретація результатів, отриманих за “Картою ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”.

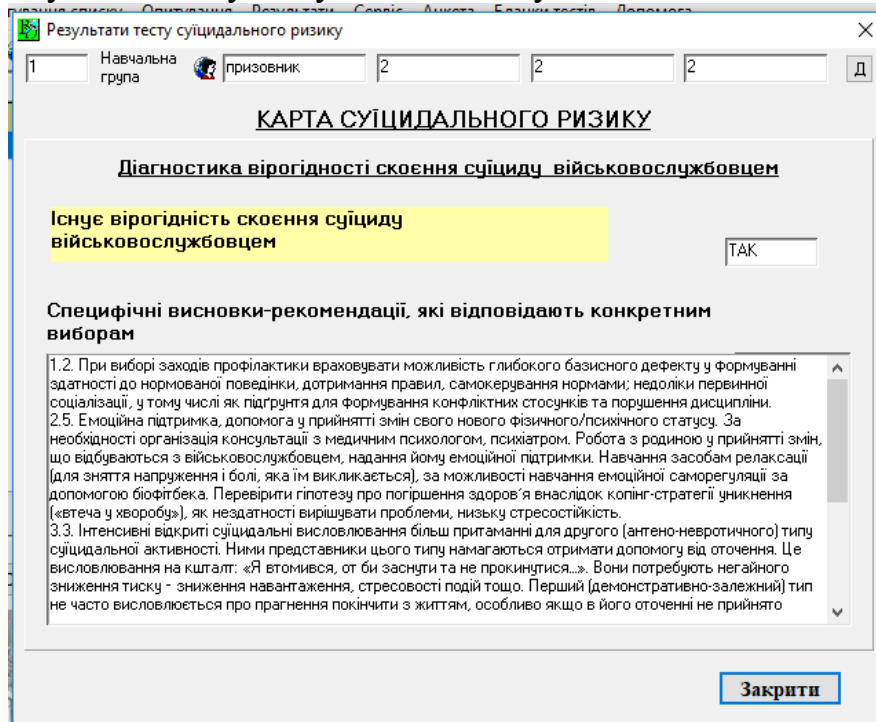


Рисунок 5.20 – Зовнішній вигляд панелі інтерпретації результатів тесту “Карта ризику скоєння суїциду військовослужбовцем”

Методика дозволяє отримати узагальнену оцінку ймовірності скоєння суїциду військовослужбовцем (оцінку сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації розвитку особистості військовослужбовця), що наведена на панелі на жовтому фоні. Крім того, на панелі відображаються специфічні висновки-рекомендації, що відповідають конкретним обставинам, в яких перебуває обстежуваний військовослужбовець (згідно зі здійсненим експертом оцінюванням).

5.9.3.3 Панель відображення внесених результатів визначення інтенсивності суїцидальної мотивації

На панелі (див. рис. 5.21) відображаються внесені результати визначення інтенсивності суїцидальної мотивації за методикою ТАТ і психодіагностичною бесідою.

На панелі відображаються дати проведення тематичного апперцепційного тесту і психодіагностичної бесіди та внесені (зроблені) психологом висновки за результатами їх проведення. Крім того, на цю панель виноситься додаткова службова інформація щодо проходження обстеження за цими методиками, яку психолог вважає за необхідне зберігати.

У висновках психолог вибирає один із 4 варіантів: суїцидальна мотивація відсутня; ! – загальний суїцидальний намір; !! – конкретний суїцидальний намір; !!! – готовність до суїцидальних дій і приготування до суїцидальних спроб.

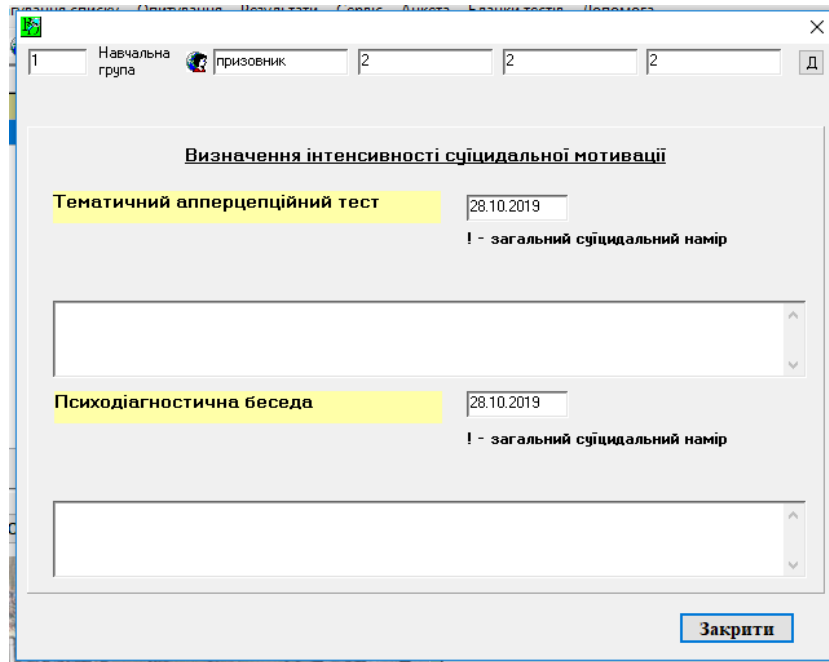


Рисунок 5.21 – Зовнішній вигляд панелі відображення внесених результатів визначення інтенсивності суїцидальної мотивації

5.9.3.4 Панелі відображення внесених результатів заходів вторинної і третинної психопрофілактики

На панелі, зображеній на рис. 5.22, відображаються результати дебрифінгу.

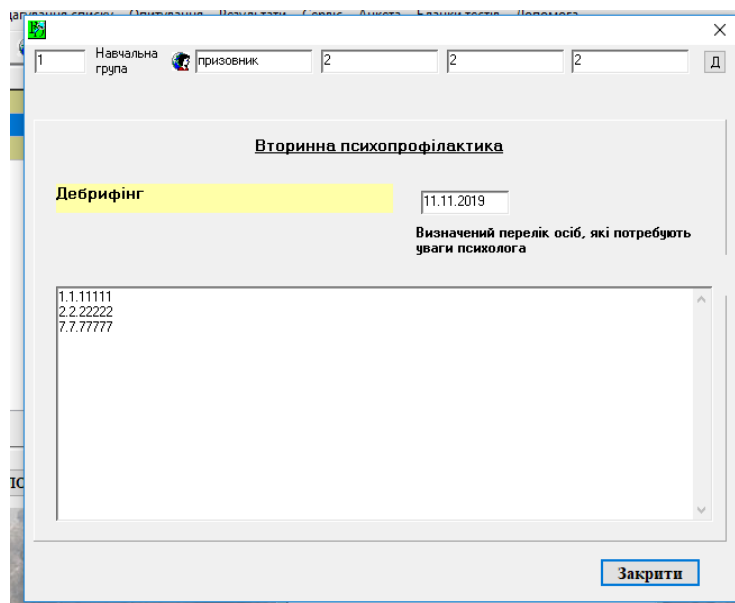


Рисунок 5.22 – Зовнішній вигляд панелі відображення результатів дебрифінгу

На рисунку 5.23 наведена панель відображення результатів психотерапевтичної бесіди.

На панелях відображаються дати проведення дебрифінга і психотерапевтичної бесіди. Крім того, відображаються висновки психолога за результатами цих заходів і додаткова інформація стосовно результатів проведення дебрифінгу і психотерапевтичної бесіди, яку психолог вважає за необхідне зберігати. У висновках психолог вибирає з 2 варіантів:

1) для дебрифінгу:

- визначений перелік осіб, які потребують уваги психолога;
- не визначено осіб, які потребують додаткової уваги психолога;

2) для психотерапевтичної бесіди:

- військовослужбовець, сприйнятливий до психотерапевтичних впливів;
- військовослужбовець, несприйнятливий до психотерапевтичних впливів.

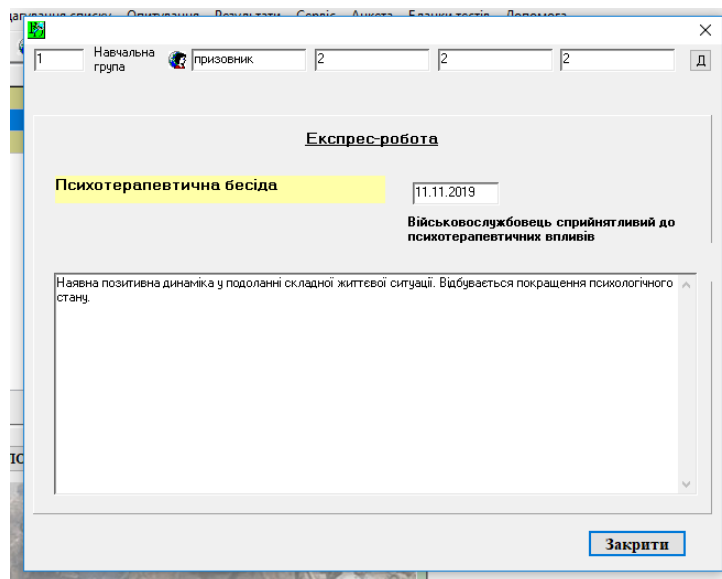


Рисунок 5.23 – Зовнішній вигляд панелі відображення результатів психотерапевтичної бесіди

5.9.3.5 Панель інтерпретації результатів за “Картою чинників суїцидального ризику”

На панелі (див. рис. 5.24) наводиться узагальнення результатів, отриманих за “Картою чинників суїцидального ризику”.

Так, на жовтому фоні виводиться оцінка значущості отриманого показника (значний або незначний) щодо ризику скоєння суїциду. Крім того, на панель виводяться особливості поведінки військовослужбовця, що свідчать про реальність вчинення суїцидальної спроби, і їх психологічний зміст.

Суїцидальний ризик вважається значним, коли мають місце більше 16 із 37 наведених вище чинників, реальним – за наявності 5, що завершують цей перелік.

Вихід із цього вікна здійснюється натисненням кнопки “Закрити”.

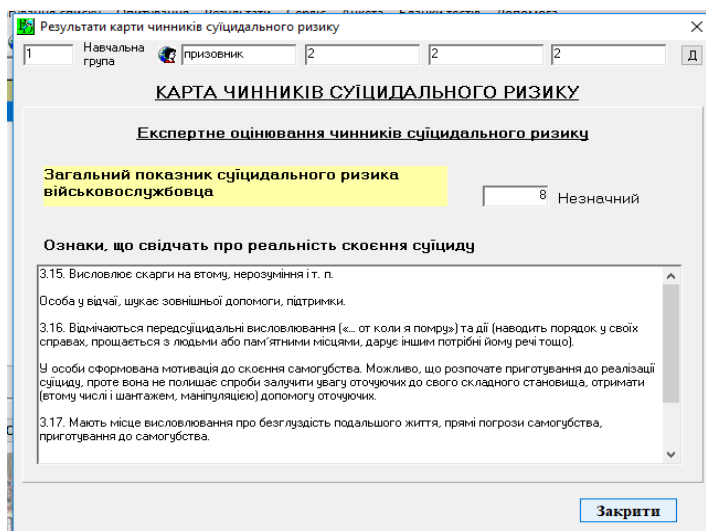


Рисунок 5.24 – Зовнішній вигляд панелі узагальнення результатів за “Картою чинників суїцидального ризику”

5.9.4 Додатковий інструментарій у психодіагностичному комплексі прогнозування ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем Національної гвардії України

5.9.4.1 Перегляд індивідуального результату обстеження

Цей режим дозволяє переглядати, конвертувати й роздруковувати індивідуальний протокол тестування респондента у вигляді стандартного бланка звіту “Досьє респондента” (рис. 5.25).

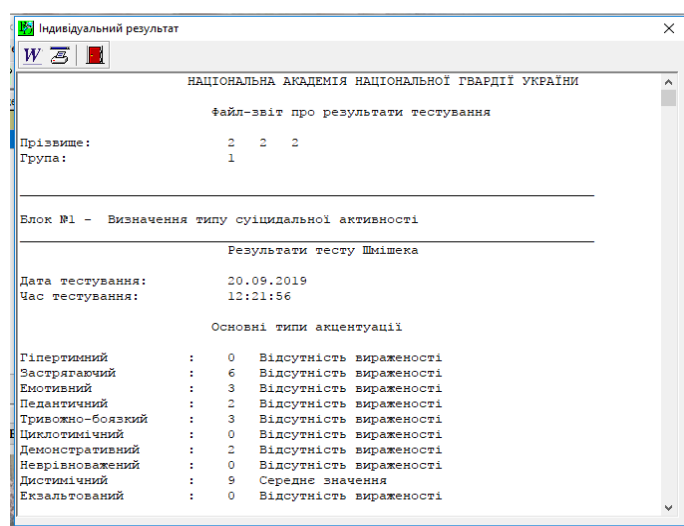




Рисунок 5.25 – Зовнішній вигляд вікна індивідуального результату обстеження

Індивідуальний протокол за бажанням може зберігатися в текстовому форматі у файлі. У протоколі наводяться прізвище респондента, назва методики та інтерпретація результатів. Кнопка  дає можливість роздрукувати цей

протокол на принтері. Кнопка  конвертує цей протокол у формат Microsoft Word.

Щодо кожного респондента можливо одержати повну картину обстеження. Досьє являє собою текстову інформацію, яка містить основні дані про респондента (прізвище, ім'я, по батькові, номер групи), а також інформацію за кожною психодіагностичною методикою, закладеною в АПК. Якщо методика не застосовувалася, то в досьє роблять відповідний запис. Коли ж дані за результатами тесту є, записуються назва тесту, дата, час виконання, основні показники та їх узагальнення.

У цьому режимі можливо конвертувати текстову інформацію у формат Microsoft Word. Натисненням кнопки  програма автоматично запускає додаток Microsoft Word (якщо його не запущено) і скидає інформацію в цей редактор. Інформація, передана в Microsoft Word, ще не збережена у файл і, закриваючи цей додаток, її необхідно зберегти (звісно, якщо в цьому є потреба).

5.9.4.2 Перегляд результатів тестування групи респондентів

Цей пункт меню дозволяє переглядати, конвертувати й роздруковувати протокол тестування групи респондентів у вигляді стандартного бланка звіту-протоколу (рис. 5.26). Формування групового результату можливе тільки після фільтрації потрібної групи з бази даних респондентів за допомогою підпункту Сервіс/Фільтрація. Протокол групи респондентів за бажанням можна зберігати в текстовому форматі у файлі.

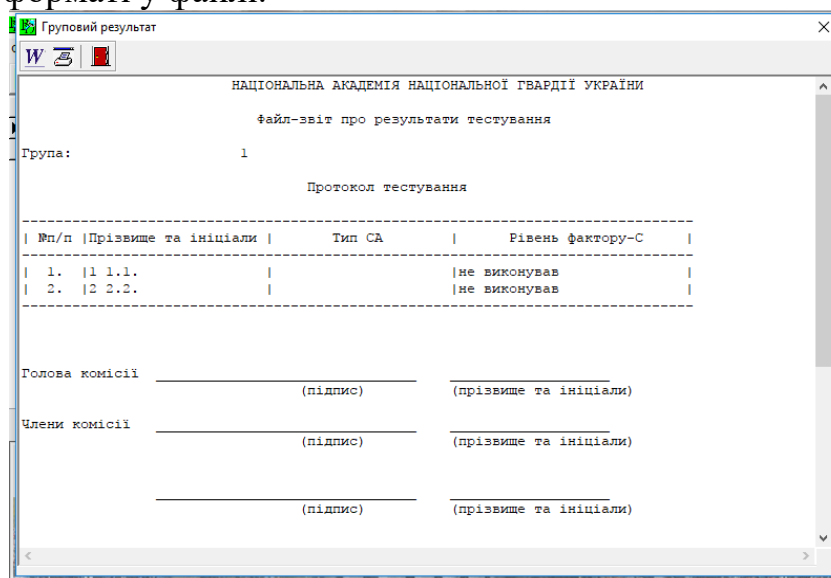





Рисунок 5.26 – Зовнішній вигляд вікна результату тестування групи респондентів

Кнопка  дає можливість роздрукувати протокол на принтері. Натиснувши кнопку , можна конвертувати протокол у формат Microsoft Word.

На групу респондентів можливо одержати протокол щодо проходження тестів. Протокол являє собою текстову інформацію. Він містить таблицю з основними даними про респондента (прізвище, ім'я, по батькові, номер групи), а також інформацію про тип суїцидальної активності й показник сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації розвитку військовослужбовця для прояву негативних рис цього типу. Якщо військовослужбовець не входить до групи ризику, то у протоколі тип суїцидальної активності та показник сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації розвитку не висвічуються.

У цьому режимі можливо конвертувати текстову інформацію у формат Microsoft Word. Натисненням кнопки  програма автоматично запускає додаток Microsoft Word (якщо його не запущено) і скидає інформацію в цей редактор. Додаток Microsoft Word залишається на другому плані і для того, щоб побачити інформацію про респондента, необхідно комбінацією кнопок "Alt+Tab" переключитися в цей додаток. Інформація, яку передано в Microsoft Word, ще не збережена у файл і при закритті цього додатка її необхідно зберегти (звісно, якщо в цьому є потреба).

5.9.4.3 Експортування даних у додаток Excel


Цей інструмент дозволить конвертувати потрібну для дослідження й аналізу інформацію про респондентів і результати їх обстеження у програмну оболонку Excel.


У цьому режимі в додатку Excel створюється таблиця, де кожен рядок відповідає одному респонденту. Сюди вноситься інформація про респондента (номер групи, військове звання, прізвище, ім'я, по батькові, вікова група, середній бал атестата), а також отримані ним бали за кожною психодіагностичною методикою. Крім того, інформація про визначений у респондента тип суїцидальної активності та показник сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації розвитку для реалізації негативних рис визначеного в нього типу.

5.9.4.4 Бланки тестів

Цей пункт меню дозволяє сформувати, конвертувати й роздрукувати паперові бланки тестів для опитування респондентів (див. рис. 5.27).

Бланк тестів для опитування респондентів за бажанням можна зберігати в текстовому форматі у файлі.

У бланку тестів наводиться інструкція респонденту до виконання цього тесту, питання тесту та бланк відповіді у вигляді таблиці. Кнопка  дає можливість роздрукувати цей бланк на принтері.

Натисненням кнопки  конвертують цей бланк у формат Microsoft Word. Із натисненням цієї кнопки програма автоматично запускає додаток

Microsoft Word (якщо його не запущено) і скидає інформацію в цей редактор. Додаток Microsoft Word залишається на другому плані і для того, аби побачити інформацію про респондента, необхідно комбінацією кнопок “Alt+Tab” переключитися в цей додаток. Інформація, яку передано в Microsoft Word, ще не збережена у файл і в разі закриття цього додатка її необхідно зберегти (звісно, якщо в цьому є потреба).

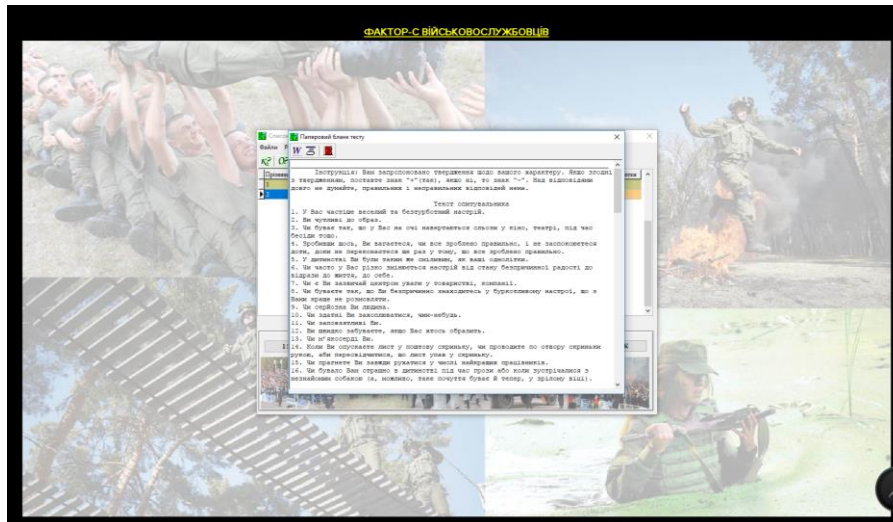


Рис. 5.27 – Результат виклику пункту меню Бланки тестів

Таким чином, розроблення АПС “Фактор-S” показало доцільність використання 5-крокового алгоритму роботи: визначення належності військовослужбовця до суїцидального типу; визначення сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації для реалізації негативних рис суїцидально активного типу; розподіл відповідальності між психологом, лікарем і психіатром відповідно до тяжкості негативної симптоматики, психоемоційного стану військовослужбовця; визначення рівня сформованості безпосередньо суїцидальної мотивації у військовослужбовця; реалізація й оцінювання ефективності заходів зняття негативної симптоматики.

Відповідно до кожного з цих кроків розроблено необхідне наповнення для АПС “Фактор-S”. Так, для можливості реалізації першого кроку потрібно було розробити профілі і стислі описи кожного типу. Для реалізації другого кроку здійснювалось узагальнення факторів, характерних для формування суїцидально активної особистості у військовослужбовця в допризовному віці; визначалися стрес-фактори, типові для військовослужбовців НГУ, а також типові для військовослужбовців реакції, які підтверджують виражену реакцію на дію стрес-факторів, типові для військовослужбовців підстави формування здатності до скоєння суїциду та антисуїцидальних факторів. На підставі цього для можливості автоматизації другого кроку складена “Карта суїцидального ризику”, яка є бланком експертного оцінювання військовослужбовця. Складено типові прогнози розвитку суїцидальної активності та рекомендації для профілактики і зняття негативної симптоматики відповідно до можливих комбінацій суїцидально активних типів і сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації розвитку особистості військовослужбовця.

Для реалізації третього кроку здійснювався добір психодіагностичних методик, які дозволяють диференціювати клінічний і доклінічний рівні негативної симптоматики ПТСР, інших негативних станів і викривленого розвитку особистості військовослужбовця.

Для реалізації четвертого кроку здійснено аналіз існуючої практики застосування психодіагностичних методик визначення суїцидальної мотивації у військовослужбовців і відібрано дві психодіагностичні методики, придатні для вирішення завдань кроку: проєктивна методика ТАТ із набором карток для діагностики суїцидальної мотивації і психодіагностична бесіда, для якої було складено перелік питань. Крім того, визначалися критичні рівні розвитку цієї мотивації, а також процедура використання автоматизованого психодіагностичного комплексу для роботи з нестандартизованими психодіагностичними методиками: бесідою та інтерпретаційним проєктивним тестом.

Для налаштування комплексу також здійснено узагальнення матеріалів для проведення дебрифінгу з приводу скоєння самогубства військовослужбовцем у військовому підрозділі. Визначено форму їх подання в АПС. Установлено, що крім іншого за результатами дебрифінгу до АПС вноситься перелік військовослужбовців, які потребують посиленої психологічної уваги, додаткових заходів психологічної допомоги.

Попри те, що АПС “Фактор-S” розроблювався як такий, що може працювати з даними інших психодіагностичних комплексів (“Профвідбір_2.1”, “Стрес”) і не потребувати додаткового обстеження військовослужбовців, передбачена можливість згорнутої, умовно кажучи, експрес-роботи для визначення суїцидального ризику військовослужбовця. Так, здійснено підбір “Карти чинників суїцидального ризику”, яка дозволяє визначити й особистісні риси і оцінювати соціальну ситуацію, в якій перебуває військовослужбовець, тобто підміняє перші два етапи роботи з АПС. Аналізуючи існуючі розробки щодо проведення психокорекційної бесіди із військовослужбовцями зі сформованою мотивацією скоєння суїциду, було визначено план бесіди, яка є найбільш опрацьованою і показала найбільшу ефективність. Зроблене посилення на необхідність звернення до алгоритмів роботи у ГППУ і порядку дій у випадку скоєння суїциду військовослужбовцем під час виконання службово-бойових завдань у місцях тимчасової дислокації частини (у службовому відрядженні).

Розроблено структуру баз даних і визначено логічний взаємозв'язок між ними в АПС “Фактор-S”. Розроблено модулі опитування та подання даних за психодіагностичними методиками, яких не було в автоматизованих психодіагностичних субкомплексах, розроблених раніше (“Міні-мульти”), і методиками, які належать до методів експертного оцінювання (“Карта суїцидального ризику”, “Карта чинників суїцидального ризику”). Розроблено модулі введення даних і їх подальше відображення в АПС за результатами проведення нестандартизованих психодіагностичних методик (ТАТ, психодіагностична бесіда) і методик психопрофілактичної роботи (дебрифінг, психотерапевтична бесіда).

Розроблено інструмент для зберігання даних, узагальнення даних обстеження, формування висновків обстеження як для окремого респондента, так і для групи. Передбачено можливість конвертації текстової інформації у формат Microsoft Word, передачі даних у програмну оболонку Excel для подальшого статистичного аналізу. Розроблено також такий сервіс, як формування, конвертування і друк паперових бланків тестів для опитування респондентів і пам'яток для проведення психопрофілактичної роботи психологом (пам'ятки для проведення дебрифінгу, психодіагностичної та психотерапевтичної бесід).

Розділ 6

РОЗРОБЛЕННЯ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

6.1 Розроблення цільової установки, визначення структури програми та загальні рекомендації щодо здійснення профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців НГУ

Мета програми профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців НГУ – запобігання формуванню суїцидальної мотивації у військовослужбовців НГУ і вчиненню суїцидів.

Слід ураховувати, що профілактика суїцидальної поведінки являє собою багаторівневий захід. У психологічній літературі традиційно прийнято говорити про первинну, вторинну і третинну профілактику суїцидальної поведінки.

Первинна профілактика спрямована на загальне запобігання формуванню суїцидальної мотивації у військовослужбовців.

Вторинна профілактика передбачає антикризову допомогу особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і в кого сформоване підґрунтя для актуалізації, подальшого розвитку суїцидальної мотивації.

Третинна профілактика спрямована на військовослужбовців, які вчинили спроби самогубства (незавершене самогубство), і на тих, хто став свідком самогубства, аби запобігти формуванню в них установки на сприйняття суїциду як можливого для них способу вирішення складних життєвих ситуацій.

Проте профілактикою (як сукупність заходів, що запобігають формуванню суїцидальної мотивації) є лише первинна, не пов'язана з пост-реагуванням на сформовану мотивацію чи факт учинення самогубства військовослужбовцем.

Крім того, варто враховувати, що профілактика суїцидальної поведінки серед військовослужбовців є складником загальної психопрофілактичної роботи, спрямованої на збереження, зміцнення й відновлення психологічної безпеки та психологічного здоров'я особового складу, запобігання виникненню соціально-психологічної та особистісної дезадаптації.

Щодо визначення суб'єктів і об'єктів профілактичного впливу слід зазначити таке.

Традиційно більшість заходів первинної профілактики проводять підрозділи психологічної служби й посадові особи, які входять до їх складу. Проте сучасні погляди й гострота проблеми потребують перегляду суб'єкт-об'єктних стосунків у питаннях профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. Психологи НГУ повинні формувати в усього без винятку особового складу військових частин, командирів військових підрозділів активну позицію щодо питань профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. У процесі необхідного навчання (лекції, окремі практичні заняття і тренінгові програми) під керівництвом психолога командири

підрозділів та особовий склад також стають суб'єктами профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Справді ефективна програма профілактики суїцидальної поведінки передбачає викорінення позиції, коли військовий психолог “призначається” цілком і повністю відповідальним за особу, котру “позначено” як суїцидально активну. По-перше, завдання психолога полягає в тому, аби повернути “рапорт” військовослужбовцеві, який переживає негативні стани, повернути йому його суб'єктність (психолог мусить допомогти військовослужбовцеві знайти рішення виниклої проблеми, яке він вважатиме своїм). По-друге, активна позиція має бути в усіх членів військового колективу: взаємодопомога, емоційна підтримка – це ключові характеристики військового колективу, які роблять його найголовнішим суб'єктом профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців.

Крім того, заходи вторинної і третинної профілактики передбачають розподіл обов'язків між психологом і лікарем загальної практики, лікарем-психіатром. Розроблювана програма обмежується визначенням випадків необхідності спрямування військовослужбовців на консультацію до цих фахівців. Зазначені фахівці у своїй діяльності керуються відповідними медичними протоколами.

Первинна профілактика за об'єктами впливів є найширшою: нею має охоплюватися весь особовий склад Національної гвардії України. Крім того, етапи професійної орієнтації й відбору, на яких формується установка на військову службу, у тому числі й через усвідомлення вимог професії військовослужбовця, і недопущення до військової служби осіб, які їм не відповідають, у широкому значенні є профілактичним заходом і для осіб, які не вступили на військову службу, бо запобігають розчаруванню невідповідних кандидатів на військову службу в собі, у професії, запобігають їхній психологічній й фізичній травматизації в ході виконання службово-бойової діяльності. Таким чином, у широкому значенні до суб'єктів профілактики суїцидальної поведінки можна віднести і психологів центрів комплектування, і фахівців, які здійснюють профорієнтаційну роботу. Проте у програмі рекомендації для них мають загальний характер.

Так, у процесі профорієнтаційної роботи в рамках профілактики суїцидальної активності варто формувати свідоме ставлення до вибору професії. Це передбачає формування нових сучасних підходів до профорієнтаційної роботи, в яких зменшиться відсоток заходів, пов'язаних із загальним інформуванням (лекції, брошури), зверненням до романтичної мотивації (формування мотивації наслідування героїв кінофільмів, зустрічі з ветеранами, військовими героями тощо), і зросте відсоток заходів, пов'язаних із випробовуванням себе (своєї фізичної і психологічної стійкості) як потенційного військовослужбовця (військово-спортивні командні ігри серед молоді допризовного віку, модифікації тренінгів командоутворення для старшокласників, організація військово-історичних реконструкцій найвідоміших боїв за визволення України тощо). У профорієнтаційній роботі варто змістити акцент із загальної маси школярів загальноосвітніх шкіл на

конкретні вибірки вихованців спортивних секцій, військовослужбовців строкової служби (для вступу у вищі військові навчальні заклади, укладання контракту). Розширювати мережу спеціалізованих навчальних закладів, які готують військових ліцеїстів, кадетів; закладів додаткової освіти – спеціалізованих секцій (спортивні: самбо, легка атлетика, спортивне орієнтування, стрільба, парашутний спорт, дайвінг, технічної спрямованості, які передбачають освоєння мото-, авто-, авіатехніки, засобів зв'язку тощо); закладів тематичного оздоровчого відпочинку (дитячі оздоровчі табори військово-патріотичної спрямованості, скаутські рухи тощо).

Досить часто військові частини, вищі військові навчальні заклади є шефами закладів освіти, в яких навчаються діти, позбавлені батьківської опіки. Їхня турбота є прикладом для наслідування і сама по собі має профорієнтаційний ефект для вихованців підшефних закладів. Однак варто пам'ятати, що невирішені дитячі травми, негативне самооцінювання, відсутність підтримки родини є тими факторами, що знижують стійкість людини до дії стрес-факторів, характерних для професійної діяльності військовослужбовців. Тому профорієнтаційна робота з такими підшефними має спрямовуватися не так на популяризацію професії військовослужбовця – висвітлення її такою, що вирішить усі їхні проблеми – житло, зарплатня, сприйняття (військова частина як родина), – а на поліпшення їхньої соціалізації, як первинної (укріплення зв'язків із суспільством, формування просоціальних цінностей), так і вторинної (знання традицій і цінностей військового колективу, орієнтація на взаємодопомогу, повагу, на здоровий спосіб життя, фізичну активність, виховання вольових якостей, життєстійкість тощо).

Професійний психологічний відбір до НГУ має спрямовуватися не лише для того, щоби при вступі на військову службу відсіяти осіб, які за своїми характеристиками цілком не відповідають вимогам професії військовослужбовця, але й на визначення осіб, які хоча й визнаються придатними, проте потребують додаткової уваги у формуванні вторинної професійної соціалізації чи посиленої психологічної уваги через інші обставини (особливості первинної соціалізації в родині й набуті особистісні риси, пережитий стрес тощо). Значну увагу слід приділяти не лише відбору, а й розподілу відібраних військовослужбовців за військово-обліковими спеціальностями, підрозділами (відповідно до виконуваних ними функцій).

Психологічна придатність чи непридатність визначається за допомогою АПС “Профвідбір” (“Психодіагностика_2.1”). Серед осіб, визначених відносно придатними (3-тя і нижче група адаптаційних здібностей за БОО “Адаптивність”), або осіб, які не проходять обов’язкового оцінювання за цим АПС (військовослужбовців військової служби за мобілізацією та строкової служби), за допомогою АПС “Фактор-S” визначається належність до типів особистості, які не витримують дії професійних стрес-факторів, можуть зазнавати значної чи накопиченої психологічної травматизації і, відповідно, мати високу ймовірність формування суїцидальної мотивації. За результатами проведеного дослідження ці типи умовно позначені як суїцидально активні – такі, що мають потенційні підстави для формування суїцидальної мотивації.

До них мають застосовуватися додаткові заходи вторинної професійної соціалізації, які дозволяють максимально скомпенсувати недоліки розвитку їхньої особистості, а також додаткові організаційні заходи, що звуть коло службово-бойових завдань та умов, в яких можуть брати участь військовослужбовці, особистість яких є скомпенсованою, відповідно до досягнутого засобами корекції рівня стійкості до дії професійних стресів-факторів. Організаційні заходи мають контролювати інтенсивність впливу стрес-факторів, фізично (регулюючи час, місце, засоби дій і взаємодію) обмежуючи їх дію на військовослужбовців зі скомпенсованою особистістю.

Зазначимо, що в рамках загальних рекомендацій щодо профілактики суїцидальної активності військовослужбовців слід говорити і про дотримання деяких важливих принципів в організації професійної підготовки військовослужбовців.

Так, у процесі попередньої НДР “Розроблення системи саморегуляції військовослужбовців Національної гвардії України для покращення їх службово-бойової діяльності” була встановлена залежність між переживаннями, які виникають у професійній діяльності, і формуванням структури професійного самоствалення, що дозволяє переживати тимчасові неуспіхи у професійній діяльності. Доведено, що саме фрустрація “Я” (у тому числі і “Я-професіонал”) є одним із так званих пускових гачків розвитку суїцидальної мотивації.

Так, згідно з концепцією В. В. Століна збереження позитивності самоствалення попри наявні невдачі можливе завдяки тому, що в структурі самоствалення виділяють такі складники, як самоповага (оцінювання себе відповідно до поточних успіхів у життєдіяльності) та аутосимпатія (загальне емоційне ставлення до себе, що формується як результуюча попереднього етапу життєдіяльності), які скомпенсують одна одну. Як показали результати досліджень, формування відповідних складників у професійному самостваленні тісно пов’язане з переживаннями у професійній діяльності. Так, переживання у професійній діяльності зусиль є джерелом формування самоповаги як позитивної оцінки власних знань, умінь, навичок, компетенцій. Переживання задоволення від досягнення цілей діяльності сприяє переведенню самоповаги в аутосимпатію (у загальне позитивне ставлення до себе на основі минулих досягнень) і тим самим формує так званий резерв самоствалення, до якого особистість може звернутись у складні періоди. Можливість звернутися до цих ресурсів для забезпечення позитивності самоствалення у переживанні тимчасових невдач забезпечують структурні зв’язки між самоповагою та аутосимпатією. Ці зв’язки формуються в переживанні осмисленості діяльності, саме вони забезпечують наступність у розвитку особистості професіонала, що дозволяє йому використовувати минулий життєвий досвід для подолання актуальних проблем професійної самореалізації. Переживання порожнечі, навпаки, призводить до руйнації зв’язку між самоповагою та аутосимпатією.

Ці дані дозволяють сформулювати рекомендації щодо принципів організації професійної підготовки (вони добре відомі педагогам). По-перше, завдання, які ставляться перед військовослужбовцями в процесі їхньої професійної

підготовки, мають бути відповідної складності (досить складними, але такими, які можна зробити за підказкою, прикладом наставника). По-друге, навчання має пов'язуватися з позитивними переживаннями (і тут важливі як поточні успіхи в опануванні професії, так і мотиви вибору професії). Крім того, професійне навчання має характеризувати етапність, тобто формувати певні “якорі”, до яких можна повертатися, коли наступний крок у професійному навчанні не вдається, не є успішним. По-третє, військовослужбовець повинен не лише повторювати запропонований для навчання алгоритм професійних дій, а й розуміти, чому саме так він мусить діяти (осмисленість дій). У рамках цієї вимоги важливе визначення критеріїв оцінювання успішності виконання кожної професійної дії, професійного алгоритму, що опановуються (особливо для військовослужбовців першого типу суїцидальної активності, у яких ускладнене формування професійного “Я”). Це важливо ще й тому, що в такому закритому колективі, як військовий, неуспіх у діях із професійної підготовки може стати підставою для глузувань і навіть цькування. Звісно, що конструктивна критика товаришів сприятиме підвищенню якості дій (при цьому оцінюються дії, а не особистість військовослужбовця). Подвійні стандарти в оцінюванні успішності можуть бути на користь лише в підтриманні нестатутних відносин.

Додержання цих принципів професійної підготовки формує не тільки здатність переживати тимчасові невдачі у професійній діяльності, а й професійну суб'єктність – відчуття здатності впливати на події свого професійного життя, що також має профілактичний вплив щодо суїцидальної активності військовослужбовців. Так, метою суїциду є позбавлення від страждань – стану, в якому людина почувається об'єктом негативного впливу і не може змінити цього (змінити ситуацію чи своє ставлення до неї), не може стати в цій ситуації суб'єктом – тим, хто контролює її. У такій інтерпретації суїцид може сприйматися не лише способом позбутися страждань, а й актом волевиявлення за відсутності інших навичок для прояву своєї суб'єктності. Відірваність професійного самоставлення від результатів діяльності (брак професійного самоставлення), що характерно для демонстративних типів акцентуації, є однією з найвагоміших причин їхньої нестійкості до дії професійних стрес-факторів, прийняття на себе “страждальної” позиції.

Опанувати себе у стресових умовах бойових дій, не втрачати контроль над виконанням службово-бойових завдань допомагають заходи спеціальної професійної підготовки.

Проведені дослідження показали, що співвіднесення суб'єктності лише з наполегливістю, здатністю не полишати боротьби за будь-яких обставин є однобічним. В умовах, які з об'єктивних причин неможливо здолати, особа мусить бути здатною звернутися до сфокусованих на емоціях способів опанування себе, до так званих емоційно орієнтованих копінг-стратегій, тобто її активність має спрямовуватися не на подолання ситуації, а на себе, на опанування власного стану. Таким чином, формування здатності диференціювати ситуації на такі, в яких активність має зовнішню спрямованість, і на такі, в яких вона спрямована переважно на опанування

власного стану, є наступним кроком, етапом у формуванні суб'єктності. Проведені в НДЛ морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності дослідження копінг-стратегій показали, що в учасників бойових дій у структурі копінгів має бути сформовано три групи копінгів: орієнтовані на здолаття ситуації; орієнтовані на прийняття наслідків (опанування себе) об'єктивно нездоланної ситуації; такі, що дозволяють диференціювати ці два класи ситуацій. Ця структура, так би мовити, відбиває мілітаризований варіант молитви про спокій: “Боже, дай мені спокій прийняти те, чого я не можу змінити; дай мені мужність змінити те, що я можу змінити, і дай мені мудрість відрізнити одне від іншого”, що є свідченням екологічності виділеної структури копінг-стратегій у військовослужбовців – учасників бойових дій.

Ще ціла низка заходів (дебрифінг, декомпресія, реадаптація) спрямована на профілактику в учасників бойових дій (інших екстремальних професійних ситуацій) симптоматики ПТСР – виснаження, вигорання, почуття провини тощо, які також можуть стати підставою для розвитку суїцидальної мотивації. Основними завданнями цих заходів є повернення військовослужбовцеві “рапорта” (контролю, здатності відповідати за себе) і прийняття набутого негативного досвіду, формування здатності вбудувати його в загальну структуру досвіду. Це робить досвід підконтрольним – усвідомленим, доступним для використання, для ментальної роботи з ним (наприклад зменшення інтенсивності переживань) – повертає суб'єктність щодо власного досвіду.

Контролювати стан учасників бойових дій дозволяють моніторингові обстеження, що здійснюється з певною періодичністю. Програму профілактики психологічної травматизації у військовослужбовців було представлено в НДР, виконаній протягом 2016–2017 рр. “Розроблення програми профілактики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців Національної гвардії України, які брали участь у бойових діях” [297].

Слід зазначити, що не лише наслідки переживання дії бойових стрес-факторів можуть стати підставою для розвитку суїцидальної мотивації. Повсякденні службово-бойові завдання, які характеризуються високою інтенсивністю й монотонністю, можуть стати причиною професійного вигорання і, як наслідок, втрати сенсу професійної діяльності й життя. Конфлікти у військовому колективі, для якого характерна висока закритість, – ще одна підстава для скоєння суїцидів серед військовослужбовців. Тому профілактикою професійного вигорання, демотивованості, втрати сенсу професійної діяльності мають стати заходи з розбудови (планування й реалізації) професійної кар'єри (як у напрямку посадового зростання, так і в напрямку професіоналізації). Необхідно відходити від уявлення про побудову кар'єри лише як отримання чергового звання і нової вищої посади. Слід більше уваги приділяти професіоналізації в рамках однієї посади – заходам, пов'язаним з освоєнням нової техніки, нової тактики, опануванням нового, у тому числі й закордонного, досвіду; заходам з узагальнення, систематизації свого досвіду й передачі його (виконуючи нову для себе роль наставника) іншим – військовослужбовцям, які тільки починають опановувати професію; чи

в обміні досвідом зі своїми, у тому числі й закордонними, колегами (на рівні фахівець–фахівцю), чи переходячи на рівень наукового осмислення, перероблення й узагальнення отриманого професійного досвіду (виконання НДР, написання дисертацій, монографій тощо). Така побудова кар'єри постійно підтримуватиме оптимальний рівень умотивованості, активність ставлення до опанування професії і самовдосконалення.

Як бачимо, більшість заходів первинної профілактики не є специфічними і спрямовані на адекватну професіоналізацію, підвищення стійкості до дії професійних стресорів, прийняття досвіду переживання стресогенних подій (насамперед досвіду участі в бойових діях), збереження високого рівня професійної активності (вмотивованості). Розроблювана програма їх не регулює, а лише надає рекомендації, які мають підвищити ефективність заходів загальної системи психологічного супроводження службово-бойової діяльності та загальних психопрофілактичних заходів. Проте і в рамках первинної профілактики є низка специфічних заходів. Так, з усім особовим складом проводять лекторії і практичні заняття з вивчення ознак, які свідчать про сформовану у військовослужбовця суїцидальну мотивацію, із надання першої психологічної допомоги в разі спроби самогубства. Офіцерський склад, крім того, повинен проходити тренінги з освоєння протоколів першої психологічної допомоги в разі скоєння в підрозділі (спроби) самогубства під час виконання підрозділом службово-бойових завдань у місцях тимчасової дислокації (які було розроблено в рамках НДР “Розроблення програми профілактики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців Національної гвардії України, які брали участь у бойових діях” [297]), протоколів роботи з ГППУ та опанування відповідних заходів (візуальна діагностика стану військовослужбовця, бесіда тощо).

До вторинної профілактики слід віднести насамперед заходи кризової інтервенції. Звісно, що найчастіше використовується кризове психологічне консультування.

Третинна профілактика суїцидальної поведінки у військовослужбовців має бути представлена такими специфічними методами, як дебрифінг зі свідками скоєння суїциду, так і заходами, характерними для первинної профілактики і спрямованими на запобігання присвоєнню досвіду інших (самогубства) як можливого для себе способу вирішення життєвих проблем.

Деякі специфічні заходи вторинної і третинної профілактики суїцидальної поведінки наведено в попередньому розділі.

Крім іншого, вище наведені структура і зміст діагностичного й моніторингового складників профілактичної роботи, спрямованої на запобігання вчиненню військовослужбовцями суїцидів.

Профілактичні заходи, які мають виконуватися у військових підрозділах для запобігання випадкам скоєння самогубств військовослужбовцями НГУ, оформлено у вигляді протоколів ГППУ.

Визначені за допомогою АПС “Фактор-S” військовослужбовці із суїцидально активним типом особистості мають зараховуватися до групи посиленої психологічної уваги (ГППУ) на таких підставах:

поліакцентуваність особистості; проблеми адаптації; переживання складних життєвих обставин (розлучення, загибель близької людини); ознаки ПТСР як наслідок участі в бойових діях та інші загальні підстави внесення до ГППУ відповідно до наказу та виявлених особливостей у військовослужбовця. Інформація про те, що виділені за допомогою АПС “Фактор-S” особи належать до суїцидально активних типів (підтипів) є конфіденційною і не може поширюватися психологом як з етичних, так і професійних принципів. Наразі недосліджений вплив офіційного статусу “суїцидально активний тип особистості” на поведінку такої особистості. Існує потенційна можливість того, що для демонстративних особистостей визнання такого статусу може стати підставою для внутрішнього ухвалення (санкціонування) рішення вчинити суїцид.

Віднесення до ГППУ створює можливості для подолання дисбалансу невідповідності можливостей особистості і зовнішніх вимог (вимог професійної ситуації), що став причиною стресу, страждань. У цій групі можливо організувати роботу з корекції особистості, використовуючи як засоби індивідуальної, так і групової роботи. Крім того, віднесення до ГППУ дозволяє вирішувати питання допоміжного контролю впливу професійних стрес-факторів на військовослужбовця: служба без зброї, зменшення інтенсивності службового навантаження, добових нарядів тощо. Останнє важливе ще й тому, що військовослужбовець обмежений у виборі умов професійної діяльності (не може самостійно обмежити вплив професійних стрес-факторів), він зобов'язаний виконувати поставлені перед ним службово-бойові завдання, не може уникати небезпечних обставин, вибирати умови несення служби.

Розроблені протоколи передбачають профілактичні дії на трьох рівнях: командир, психолог, військовий колектив. Загальним для всіх рівнів є надання психологічної підтримки й посильної допомоги військовослужбовцеві в разі переживання ним складних періодів життя. Це також передбачає увагу до станів товаришів по службі (у тому числі і знання специфічних ознак, за якими можна визначити особистість, що прийняла рішення скоїти самогубство).

До специфічних завдань кожного рівня слід віднести таке.

Специфічність завдання командира полягає в забезпеченні об'єктивного зниження дії професійних стрес-факторів (коригування режиму несення служби), фізичному убезпеченні осіб, які переживають негативні психічні стани (служба без зброї, обмеження можливості залишитися наодинці, закріплення наставника, готового повсякчас прийти на допомогу), забезпеченні сприяння процесу коригування особистості чи лікування (контроль наявності й дотримання планів профілактичних заходів, контроль відвідування призначених заходів, організація відвідування необхідних консультацій, госпіталізації тощо; робота з військовим колективом для створення сприятливого для корекційного процесу психологічного клімату).

Специфічні завдання психолога такі: інформування особового складу НГУ щодо ознак суїцидальної активності військовослужбовця та чинників, які збільшують суїцидальний ризик військовослужбовців, способів їх профілактики; навчання наданню першої невідкладної психологічної допомоги

військовослужбовцеві, який переживає стрес чи реалізував спробу самогубства; психологічна діагностика, консультація військовослужбовців, які опинилися у складних життєвих обставинах (застосування методів кризової інтервенції, надання професійної допомоги); розроблення й реалізація відповідно до визначених у військовослужбовця особливостей особистості та ситуації комплексу заходів (первинної, вторинної, третинної) профілактики щодо військовослужбовця з ознаками суїцидальної активності; консультування командирів із приводу залучення до несення служби військовослужбовців з ознаками суїцидальної активності (можливості несення ними служби зі зброєю, добових нарядів, виконання службово-бойових завдань в екстремальних умовах тощо).

Специфічною функцією військового колективу є сприяння в подоланні відчуття ізольованості у військовослужбовців, які потрапили у складні життєві обставини (адекватний прояв співчуття, емоційна підтримка, необхідна посильна взаємодопомога, почуття прийняття, розуміння й поваги).

6.2 Загальні рекомендації щодо психологічної корекції визначених у дослідженні суїцидально активних типів військовослужбовців НГУ

Як показали результати дослідження, наведеного у розд. 3, представники першого типу суїцидальної активності є поліакцентуєваними особистостями з провідною роллю демонстративної акцентуації. Саме акцентуації стають підставами для накопичення негативного досвіду життєдіяльності представниками цього підтипу, виникненням у них конфліктів і непорозумінь з оточенням і, як наслідок, втрати його підтримки, що так необхідна під час виконання службово-бойових завдань в екстремальних (бойових) умовах. Проте акцентуації не є психопатологічним явищем. Вони – варіант норми. Крім того, негативні наслідки акцентуацій у певних ситуаціях можуть створювати переваги для їх носіїв. Проте без уваги фахівця акцентуації можуть згодом набувати паталогічного характеру, ставати причинами психопатій і неврозів.

Таким чином, психокорекційна робота з акцентуєваними особистостями має спрямовуватися не на повне нівелювання акцентуєваних рис, їх згладжування, а на усвідомлення акцентуантом специфічних особливостей свого характеру, ситуацій і стосунків, у яких він відчувається найуразливішим, і власних дій, що призводять до цієї вразливості. Усвідомлення збільшує широту і гнучкість сприйняття таких ситуацій і себе в них. З'являються нові способи аналізу ситуації, зростає ймовірність набуття нових способів дій.

Зазначимо, що згладжування акцентуєваних рис чи методами соціально-психологічного тренінгу, чи природним шляхом через усвідомлення критики військового колективу (який має досить жорсткі фільтри прийнятної поведінки і прикладом чого є характеристики підтипу 1.2) не дає необхідного ефекту. Так, усвідомлення наявності в поведінці неприйнятних форм, способів реагування призводить до збільшення контролю, прикладання більших зусиль для стримування небажаних дій і реакцій. Військовослужбовцеві вказують, чого

не можна робити, в нього з'являються мета-переживання через усвідомлення своєї меншовартості, почуття провини тощо. У результаті, прагнучи постійно контролювати неприйнятні для оточення форми поведінки, військовослужбовець втрачає спонтанність у діях, швидкість реагування, що зменшує його успішність під час виконання службово-бойових завдань, особливо в бойових умовах, які потребують швидкої злагодженої співпраці з іншими; виснажуються його внутрішні ресурси. Крім того, накопичені негативні емоції час від часу знаходять спонтанний вихід і спричиняють конфлікти, ставлять військовослужбовця в незручне становище, висвітлюють його в негативному світлі перед товаришами по службі – призводять до руйнації доступу до зовнішніх ресурсів (допомоги колективу).

Екологічнішим є усвідомлення військовослужбовцем своїх конституційних особливостей, своїх знань, умінь, обмежень і навчання його способам поведінки, що відповідають як його особливостям, так і соціальній ситуації. У результаті особа навчається поводитися природно для себе, спонтанно і прийнятно для оточення. Це дозволяє не лише зберігати високу швидкість реагування, а й ефективніше використовувати внутрішні ресурси військовослужбовця – підвищує його витривалість, стійкість до дії професійних стрес-факторів.

Зрозуміло, що мета корекційної роботи в кожному окремому випадку може конкретизуватися відповідно до його специфіки. У загальному вигляді до завдань психокорекційної роботи можна віднести такі:

- формування адекватних уявлень про ті соціальні дії і ситуації, в яких особа відчувається найуразливішою; формування вміння адекватного сприйняття й аналізу соціальних ситуацій і думок оточення та продуктивного реагування на них;

- пізнання своїх конституційних особливостей і нервово-психічних резервів та навчання організації свого стилю життя й діяльності відповідно до наявних внутрішніх обмежень;

- зміна непродуктивних способів реагування в повторюваних життєвих обставинах за рахунок включення в реагування більш сильних і витривалих рис характеру;

- формування адекватного і гнучкого ставлення до майбутнього; розвиток різноманітних і змістовних орієнтацій на власне майбутнє; можливість і множинність інших варіантів майбутнього, які підвищують гнучкість поведінки.

Для корекції акцентуованих рис екологічнішою є групова форма роботи, яка дозволяє особі в безпечних умовах отримати зворотний зв'язок про особливості свого поведінки, побудови взаємодії з іншими, реагування на критику й зауваження тощо і, використовуючи досвід інших, сформулювати нові способи дій, випробувати їх у безпечних умовах групи.

Проте не всі особи готові до групової роботи, не всі типи акцентуацій можуть одночасно включатися до однієї групи. Груповій роботі з акцентуованими особистостями має передувати індивідуальне консультування. Завданням такого консультування, по-перше, є зняття гострих

станів, якщо особа перебуває у стані стресу, конфлікту, переживає психологічну травму (кризове консультування розглядатиметься в наступному пункті); по-друге, підготувати військовослужбовця до спільної роботи з іншими.

Під час індивідуальної роботи з акцентуйованими особистостями психолог має широко використовувати механізм емоційного відреагування. Воно дає відчутне полегшення особі, яка переживає життєві негаразди, невдачі, актуальний конфлікт. Проте досягнуті за допомогою емоційного відреагування зміни нестійкі, тому вони є лише підґрунтям для подальших психокорекційних впливів. Для організації плідної взаємодії психолог мусить ураховувати особливості кожного конкретного типу акцентуацій: його вимоги до дистанції у спілкуванні, потребу у співчутті, ступінь виснажливості у спілкуванні, ступінь навіювання, протидію директивності у спілкуванні тощо.

Гіпертимний тип характеризується значною рухливістю та активністю. Це досить часто виявляється в зовнішній нестійкості та недисциплінованості, що, зрозуміло, викликає різку критику з боку командирів. Крім того, характерна відсутність почуття дистанції у спілкуванні зі старшими (за званням, статусом, віком). Однак такі порушення не пов'язані з неповагою до людини чи з незацікавленістю професійною діяльністю, вони є наслідком конституційних особливостей, про що потрібно інформувати командирів як превентивний захід щодо розвитку, загострення конфлікту. Починаючи роботу, слід мати на увазі, що особливі складності виникають у таких особистостей у ситуації суворої регламентації, жорсткої дисципліни, постійної нав'язливої опіки та дріб'язкового контролю. За таких умов підвищується не лише ймовірність порушення дисципліни з боку військовослужбовця, а й можливість спалахів гніву чи конфлікту з командиром. Вони схильні до ризику, що в професійній діяльності військовослужбовця може позначатись як позитивно, так і негативно. Проте активність, швидкість, ризикованість (сміливість) створюють перевагу цим військовослужбовцям у цілій низці бойових обставин. Саме на них може розраховувати командир у разі необхідності виконувати службово-бойові завдання в небезпечних, непевних умовах, що швидко змінюються.

Гіпертимний тип дозволяє легко встановлювати з ним контакт. У процесі психокорекції слід утримуватися від директивних методів. Особливу увагу звертати на дотримання дистанції, достатньої для продуктивної взаємодії.

Демонстративний тип. Головна особливість демонстративної акцентуації – жага уваги до власної особистості, егоцентризм, прагнення виділятися, бути в центрі уваги. Підкреслене ігнорування такої особистості, прояв в активній формі позиції “ти нічим не вирізняєшся поміж іншими” є край сильною мірою впливу. Реакції на таку позицію можуть бути найрізноманітнішими: від гіперактуалізації потреби вирізнитися до афективного вибуху, встановлення різко негативного ставлення до особи, від якої виходить ідея ігнорування чи усереднення. Гіперактуалізація демонстративної потреби може виявлятися на поведінковому рівні навіть у формі демонстративного суїциду чи в демонстративній делінквентності. Проте

частіше ця проблема вирішується через фантазування чи самообмовлення – приписування собі участі в ризикованих або навіть кримінальних діях, учинення колись протиправних дій, уживання алкоголю, наркотиків тощо. Слід бути обережним у “викритті” фантазій, вигадок демонстративних акцентуантів. Загроза безумовного викриття, розкриття обману (“він не такий, за кого себе вдає”) часто є нестерпним для демонстративної особистості. Реакції можуть бути самими гострими й навіть небезпечними: спроба самогубства, втеча, спроба перетворити вигадку на реальність. Прагнучи відповідати створеному образу (розповідям про власний героїзм, кримінальні здібності чи вживання алкоголю), демонстративні особистості можуть втягуватися в досить неприємні історії. Для них характерна доволі висока віктимність.

У процесі психокорекційної роботи психологу для встановлення контакту з демонстративною особистістю необхідно продемонструвати свою зацікавленість нею, потурати їй. Однак позитивні оцінки, заохочення мають надаватися вибірково – тільки за реальні досягнення і здібності. У процесі психокорекції слід прагнути того, щоб акцентуант довше розповідав про інших, підводити його до усвідомлення негативних боків демонстративності.

Описуючи позитивні риси демонстративної особистості, слід зазначити, що вона вміє захопити увагу широкої аудиторії; легко визначає очікування і сподівання оточення щодо неї; легко розпізнає емоції і стани оточення, легко навчається новим формам і способам дії, може бути дуже переконливою. Існує безліч ситуацій у професійній діяльності військовослужбовців НГУ, в яких такі характеристики (звісно, коли особа долає свій егоцентризм) надають переваги, є корисними.

Застрягаючий тип. Головною особливістю цього типу є застрягання афекту, висока стійкість і тривалість емоційного відгуку, образливість. Образивши застрягаючого акцентуанта, можна на тривалий час втратити з ним емоційний контакт. Втрата контакту й застрягання на афекті негативно позначаються на предметі взаємодії. Тому необережність психолога може призвести до негативного сприйняття психологічної роботи в цілому. У міжособистісних стосунках, переживши образу, цей тип схильний вибудовувати плани помсти, яка може бути досить вишуканою та відстроченою в часі. Корекційна робота з носієм такої акцентуації має проводитися без конкретного приводу у вигляді спонтанних бесід у будь-якому зручному місці. Іноді фрази, думки, які несуть корекційний потенціал, мають бути звернені ніби не до самого акцентуанта, а до групи в цілому. Це можуть бути, наприклад, загальні розмірковування про недоцільність тривалих образ, мстивості, руйнування нервово-психічного й соматичного здоров'я того, хто ображається. Тут можна використовувати варіанти заходів від емоційного сугестивного навіювання до раціонального роз'яснення, апелюючи до наукових фактів. Переходити до аналізу конкретних ситуацій образи й застрягання афекту потрібно дуже обережно. В актуальній ситуації психолог мусить допомогти вийти із застрягання. Корекція в цьому випадку має ситуативний характер і пов'язана з корекцією ставлення особистості до конкретної ситуації, конкретної людини. Якщо при цьому ситуативна корекція ґрунтується на вказаних вище

загальних стратегіях корекції особистості, то сприяє загальному підвищенню стійкості особистості й соціальній адаптованості застрягаючого акцентуанта.

Емотивний тип. Взаємодіючи з емотивним типом, край важлива емоційна відкритість, чуттєвість, емоційна чуйність психолога. Оскільки потреба у співчутті і співпереживанні в них актуалізована і яскраво виражена, відповідне емпатійне поводження психолога надзвичайно бажане. Емоційною чуйністю, співпереживанням, співчуттям у такому випадку можна досягнути більшого, ніж будь-яким іншим способом. Прояв емпатії сприяє швидкому встановленню позитивних і довірливих стосунків з емотивною особистістю. Проте слід ураховувати високу емоційну чутливість емотивних акцентуантів і відповідно високу мінливість їхнього настрою. Фальш, а тим більше байдужість, емотивні особистості відчують тонко і швидко реагують на це зміною ставлення й поведінки. Сухі військові стосунки можуть сприйматись емотивними особистостями як ігнорування, нерозуміння, нехтування ними. Саме емотивність є однією з підстав для формування патріотичності, гуманності. Крім того, чутливість емотивного типу є інструментом, який дозволяє особі швидше за інших відчувати навіть дуже малі зміни соціальної ситуації, що дає їй часову перевагу в підготовці до таких змін.

Збудливий тип характеризується нераціональністю, імпульсивністю поведінки, її обумовленістю потягами й неконтрольованими спонуканнями. У корекційній роботі психолог повинен ураховувати, що контакт із збудливим акцентуантом легше встановити поза періодами афективного напруження. У бесіді з ним слід бути ґрунтовним і неквапливим. Необхідно дати йому виговоритися. Обговорюючи якості акцентуанта, торкатися негативних якостей варто дуже обережно і лише після того, як виявлено увагу (й оцінку) до його позитивних якостей. Не слід давати оцінку негативним якостям, позиція психолога має бути нейтральною. Варто зазначити, яку шкоду вони можуть заподіяти йому, переконати навчатися уникати дратівливих ситуацій. Проте збудливий тип, як жоден інший, здатен швидко мобілізуватися для активних дій, активної протидії, що є важливою якістю для військовослужбовців підрозділів спеціального призначення. І професіонали свідомо використовують цю свою якість, вона їм підконтрольна.

Циклотимічний тип. Особливості взаємодії з ним залежать від фази. Під час підйому встановлення контакту відбувається так само, як із гіпертимним типом. Спад потребує психологічної та емоційної підтримки. Завдання психолога – вселити впевненість, що за спадом обов'язково настане підйом, що причина насправді міститься в організмі, його фізичних процесах.

Тривожний тип. Важливою особливістю цього типу є підвищена тривожність, занепокоєння з приводу можливих невдач. Для нього характерна настороженість перед зовнішніми обставинами і в контактах із людьми. Цей тип складний для встановлення контакту, так само складно змінити його переконання. Для встановлення контакту корисно звернутися до сфери, в яких акцентуант прагне до гіперкомпенсації. Слід дотримуватися недирективних методів психокорекції: тривалі бесіди, детальний аналіз фактів і ситуацій, які спростовують переконаність у меншовартості і зневіру в позитивному

ставленні оточення. Серед позитивних особливостей тривожного типу є те, що тривожність дозволяє дуже швидко (засобами емоційної сфери) узагальнити великий обсяг інформації (про умови, зовнішні і внутрішні ресурси тощо) і здійснити ймовірнісний прогноз розвитку ситуації. Оцінюючи розвиток ситуації, цей тип звертає увагу не лише на план і обставини його реалізації, він прораховує можливі наслідки дій.

Типовим початком індивідуальної консультативної роботи з акцентуантом є повідомлення особі про відомі психологу факти поведінки, отримані ним із різних джерел. Особа має їх підтвердити або спростувати, доповнити, пояснити. Уже на цьому етапі можна визначити найбільш емоційно значущі теми за такими ознаками, як недомовки, ухилення від обговорення деяких питань, вегетативні реакції (зчастішання чи, навпаки, затамування дихання; почервоніння чи зблідніння, потовиділення тощо). Під час перших контактів таких тем потрібно уникати, наприклад, перевести бесіду на розпитування формального характеру, а потім розвивати контакт у напрямку неформальних стосунків із товаришами та захоплень військовослужбовця. Досягнувши результату (установивши довірчі стосунки з установкою на співпрацю), можна повертатися до болісних тем.

В індивідуальній роботі для військових психологів звичним методом є орієнтована на апеляцію до логіки та розуму бесіда (методи раціональної психокорекції): у ненав'язливій формі, залучаючи приклади із життя інших людей військовослужбовцю роз'яснюють причини його вчинків, помилок, переваги, сильні та слабкі боки його характеру. У ході бесіди психолог підводить акцентувану особистість до певного рішення. Майстерність психолога полягає в тому, щоб у військовослужбовця склалось уявлення, що рішення прийнято ним самостійно. Крім раціональних методів у процесі індивідуальної роботи можна звертатися до технік НЛП, метафоричних карт тощо.

Перехід до групової роботи з акцентуантом можливий у разі сформованої в нього установки на досягнення змін у своїй особистості, установки на готовність відмовитися від маніпуляцій щодо інших, на повагу до інших.

Робота в групі розпочинається виробленням і прийняттям правил групової роботи (повага, висловлювання від свого імені, безособові оцінки, право не висловлюватися, конфіденційність тощо).

Групові методи корекції також спрямовані на усвідомлення акцентуантами власних якостей, але використовують для цього опосередкований вплив через думку групи та закономірності міжособистісної взаємодії в групі. Для групових обговорень важливий вибір теми: вона має відповідати інтересам учасників і стосуватися особливостей їхнього характеру. Запропонуємо такі теми: 1) взаємодія із членами родини (як первинне середовище, що сприяло загостренню акцентуованих рис особистості); 2) контакти з оточенням (риси особистості, які провокують розвиток конфліктних стосунків із товаришами по службі, командирами); 3) особистий життєвий успіх (плани на життя й побудова військової кар'єри).

Роботу в групі за будь-якої теми доцільно починати з простіших, загальних тренінгових вправ – на розігрів, на довіру, переходячи згодом до тренінгових вправ, спрямованих на усвідомлення власних рис і особливостей взаємодії, в яких використано гіпотетичну (абстрактну) ситуацію вправи. І лише згодом варто переходити до групових дискусій. Особливість дискусій полягає в тому, що учасники обмінюються власними думками щодо теми, власним досвідом. Це вже не абстрактні вправи, а захід, який підводить учасників групи до пророблення власного досвіду успіхів і невдач. Проте в разі виникнення під час організованої дискусії у учасників напруженого стану для його зняття потрібно перевести увагу учасників на сторонніх осіб, запропонувати для обговорення приклад із життя гіпотетичного військовослужбовця. І лише з досягненням у групі високого рівня довіри, відвертості і взаєморозуміння стає можливим перехід до більш сильного проективного прийому – коли обговорюються деякі важливі для усвідомлення епізоди з життя, життєві ситуації, подібні до тих, що сталися у житті учасника групи, чи навіть приклади із життя учасників групи. Якщо не вдається досягнути необхідного рівня розвитку групи, слід використовувати невербальні групові методи чи повертатися до інших абстрагованих (таких, що не містять прямих посилань на конкретний досвід військовослужбовців – учасників групи) тренінгових вправ, або за потреби окремих учасників можна повернути на етап індивідуального консультування. У групі діє правило, згідно з яким особа не зобов'язана висловлюватися, розповідати про себе, якщо не готова і не хоче цього. Проте навіть участь в обговоренні життєвих ситуацій інших учасників, примірювання подумки запропонованих форм поведінки матиме позитивний ефект для учасника.

Дискусію щодо проблем, які походять із родинного виховання, можна розпочати з інформування про те, як різні стилі виховання впливають на формування й загострення акцентуйованих рис, згодом перейти до індивідуальних життєвих історій учасників групи. У процесі їх обговорення можуть виявлятися невикорені дитячі чи інші (що виникли в родинному житті) травми, які є джерелом негативних переживань, розвитку прихованої депресії, проблемного поводження. За таких обставин психолог мусить організувати групову роботу для допомоги у відреагуванні учасником виявленої травми, аби військовослужбовець зміг усвідомити і вбудувати цей досвід у структуру свого загального досвіду. Для цього можна використовувати арсенал психодраматичних розігрувань, гештальт-терапію тощо залежно від кваліфікації психолога. За необхідності психолог проводить індивідуальну консультаційну роботу з приводу виявленої травми. Психолог спрямовує групу на надання емоційної підтримки військовослужбовцям, які її потребують.

Так, найнесприятливішими для акцентуйованих особистостей є такі типи виховання в родині.

Гіпопротекція – брак піклування й контролю, щирої зацікавленості справами, проблемами дитини. Особливо несприятлива при акцентуаціях за гіпертимним, нестійким, комфортним типом.

Домінуюча гіперпротекція – надмірна опіка та дріб'язковий контроль. Родина не навчає самостійності і придушує почуття відповідальності, обов'язку. Особливо несприятлива для акцентуацій за психастенічним, сенситивним і астеничним типами, бо сприяє посиленню астеничних рис. При гіпертимних акцентуаціях призводить до різкої реакції емансипації.

Потуральна гіперпротекція – брак нагляду чи некритичне ставлення до порушень поведінки дитиною. Цим культивуються нестійкі та істероїдні риси.

Виховання “в культурі хвороби”. Хвороба дитини, навіть незначне нездужання надає дитині особливі права і ставить її в центр уваги родини. Культивує егоцентризм і рентні установки.

Емоційне відгородження – дитина відчуває, що вона зайва, непотрібна. Обтяжує наявні лабільні, сенситивні й астеничні риси, посилює ці акцентуації. Можливе загострення епілептоїдних рис.

Умови жорстких взаємин – зривання злості на дитині й душевна байдужість. Посилює риси епілептоїдів або сприяє розвитку епілептоїдних рис на основі конформної акцентуації.

Умови підвищеної емоційної відповідальності – на дитину покладаються недитячі турботи й підвищені очікування. До них надзвичайно чутливий психастенічний тип, риси якого загострюються і можуть переходити у психопатичний розвиток чи невроз.

Непоследовне виховання – несумісні виховні підходи різних членів родини. Таке виховання травматичне для всіх типів акцентуацій.

Психолог повинен виявляти майстерність у тому, щоб виявлені особливості родинного впливу допомогли учасникам групи розібратися в собі, у тому, як сформувалися й загострилися їхні риси й мотиви (так звані спускові гачки) для їхньої реалізації, а не стали виправданням для наявних неуспіхів і спровокованих конфліктів. Так, психолог мусить пояснити, що вибраний тип реагування, певно, відповідав (був адекватним, єдино можливим за тих обставин) тим можливостям, які має дитина з визначеними конституційними особливостями в ситуації родинного впливу (тиску), урахувавши всі обмеження, нерівності позицій у взаємодії в діаді “дитина – дорослий”. Ці форми поведінки були виправдані обставинами, давали певні переваги, емоційні бонуси тощо. Зараз, будучи дорослою людиною, військовослужбовець повинен сам вибудовувати свої взаємини (у нього значно сильніша суб'єктність), немає об'єктивних підстав, необхідності для відтворення форми поведінки, які склались у родині; ці форми неадекватні новій життєвій ситуації взаємодії у діаді “дорослий – дорослий”. Вони більше не відповідають ситуації, не дають бонусів, а стають джерелом негативних переживань.

Працюючи над індивідуальними історіями, учасники групи мають визначитися з тим, яке ставлення оточення, його слова, дії (із життя з родиною) запускають небажані форми поведінки військовослужбовця. Яку вигоду мала особа (дитина) від таких реакцій на родинні впливи? Це дозволить відповісти на питання, чому таке реагування закріпилося. Які проблеми виникають у військовослужбовця зараз, коли він застосовує ці форми поведінки у професійному спілкуванні? Які варіанти заміни таких форм поведінки є

можливими, прийнятними для оточення, такими, що враховують сильні і слабкі сторони характеру та конституції військовослужбовця?

На заключному етапі кожної історії відбувається корекція оцінок і побудова шаблонів продуктивної взаємодії. Можливе використання елементів соціально-психологічного тренінгу, психодрами, невербальні групові методи, які дозволяють усвідомити власні специфічні особливості, переваги та слабкі сторони свого характеру. Наступні кроки вже закріплюють і розвивають досягнутий успіх, проте наголос на кращому усвідомленні власних якостей і дій виявляється й тут. Не буде перебільшенням сказати, що самосвідомість – головна тема психокорекції акцентуїованих особливостей, саме вона дозволяє намітити контури наступних змін.

Групову роботу на тему взаємодії з оточенням (чи взаємодії у військовому колективі) доцільно розпочати обговоренням із наявних у суспільстві норм, які регламентують взаємодію знайомих і незнайомих людей.

Так, обговорення теми спілкування можна починати з досить простих завдань. Наприклад, питання прийнятної відстані для спілкування (зона комфортного спілкування) і простих вправ на визначення цієї відстані у себе й оточення.

Варто обговорювати тему прийнятних звернень у побутовому спілкуванні і правил, що регламентують звернення у військовому статуті, їх доцільність.

Обговорювати тему директивності в побутовому і професійному військовому спілкуванні. Здатність відрізнити (диференціювати) агресивне, упевнене, директивне поведження. Ситуації, які є адекватними для реалізації кожної з цих форм поведження, та ситуації, в яких вони неприйнятні.

Розглянути відмінності професійного і побутового рівнів спілкування, поняття субординації, обов'язковості (дисциплінованості) у виконанні поставлених завдань і її необхідності у військових колективах.

До емоційно насичених завдань групової дискусії належать дві такі підтеми. Перша – особливості мови, спілкування під час виконання службово-бойових завдань в умовах ризику: лаконічність, директивність, емоційна забарвленість висловлювань (припустимість використання ненормативних висловів). Ці характеристики професійного мовлення значно скорочують час на передачу інформації в добре злагоджених колективах, зростає швидкість і точніше взаємодія. Такі характеристики мови можуть створювати необхідний для ситуацій небезпеки рівень активації, чи дозволяють відреагувати негативні переживання. Проте ці характеристики мови за своєю формою можуть сприйматись як агресивно спрямовані, як неповага до особистості. Це пояснюється особистісною вразливістю певних військовослужбовців: їхня сенситивність, егоцентричність тощо. Можливе й протилежне, коли тісна взаємодія, згуртованість, емоційна насиченість у ситуаціях небезпеки починають сприйматись як єдине доступне для особистості переживання близькості у стосунках (дружніх стосунків), як “сурогат” родини, дружби; можуть стати підставою для формування залежності у стосунках; формувати прагнення шукати ситуацій колективного ризику для переживання потрібності, дружби тощо.

Дуже важливо опрацювати тему залежності у стосунках. Залежність – це перекладання відповідальності за свій внутрішній стан на іншу людину.

Можна виділити 10 ознак залежності у стосунках.

1. Сплутаність відповідальності. У здорових стосунках кожний сам відповідає за свій стан і задоволення власних потреб (матеріальних, емоційних, екзистенційних), не намагаючись взяти на себе більше чи перекласти відповідальність на іншого. У залежних стосунках відповідальність є сплутаною: особа прагне, аби хтось інший відповідав за її безпеку, матеріальне благополуччя, щастя.

2. Розмитість меж. У здорових стосунках особи чутливі до психологічних і фізичних меж партнера і здатні відстоювати власні межі. Вони вчасно відчувають, коли їхні дії чи слова переходять межі припустимого для іншої людини. Вони добре відчувають власні межі і здатні сказати “ні” тоді, коли їм не подобається те, що робить і говорить інша людина. У залежних стосунках особи не бачать цих меж (жертвують своїми потребами, втрачають можливість сказати “ні” чи самі, не зустрічаючи спротиву, систематично порушують межі території іншої людини).

3. Ієрархія ролей. Здорові стосунки передбачають спілкування з іншими з позицій “дорослий із дорослим”, повагу свого партнера і його думки. У залежних стосунках відбувається поляризація ролей: один бере на себе роль беззахисної та слабкої “дитини”, інший змушений стати сильним дорослим, який опікується “дитям”. Із часом у таких стосунках вибудовується ієрархія “домінування – підлеглість” і сильний може почати не захищати, а калічити; “дитя” втрачає здатність чинити опір, не може подолати неконтрольовану агресію з боку “домінанта”.

4. Заборона на усвідомлення й вираження почуттів. У здорових стосунках почуття легалізовані, партнери можуть вільно говорити одне одному про свої емоції, як позитивні, так і негативні. Відповідно, негативні емоції не застрягають, а вчасно відреаговуються у стосунках і оздоровлюють їх (партнери розуміють, як не варто чинити один стосовно одного). У залежних стосунках емоції придушуються, говорити про них не дозволяється. Унаслідок цього накопичуються невідреаговані емоції, які призводять до емоційних вибухів: сварок, конфліктів, епізодів невмотивованої агресії, насильства.

5. Викривлена комунікація. У здорових стосунках комунікація пряма, відверта, чесна. Особа готова прийняти позицію іншої людини. Значна частина комунікації відбувається з приводу відчуттів: особа позначає свої емоційні реакції і потреби, які за ними стоять. У залежних стосунках комунікація викривлена. Особа не знаходить контакту із собою, а тому не може контактувати з іншими. Вона каже не те, що насправді відчуває, не заявляє прямо про свої потреби, тому свідомо чи несвідомо починає маніпулювати партнером, намагаючись підвести його до потрібного їй рішення чи поведінки. Вона погано розуміє свої бажання, але намагається їх реалізувати. Відбувається розщеплення, індикатором якого є подвійне посилення (посилання, що складається з двох протилежних частин). Зрозуміло, якою б не було реакція на це посилення, особа всеодно буде незадоволена. Щоб не сказала людина,

щоб не зробила, вона не може догодити – це просто неможливо через протилежність складових подвійного повідомлення. Такі стосунки стають постійним стресом.

6. Травмована ідентичність. “Я” людини формується у стосунках з іншими: якщо вони здорові, наповнені любов’ю і підтримкою, то формується позитивне самоствалення. Якщо ні, то “Я” травмоване. У залежних стосунках особа стає жертвою так званого “негативного спонсорства”. Коли особу тривалий час бачать слабкою, некомпетентною, то вона й сама починає сприймати себе слабкою, некомпетентною, ні на що не здатною. У здорових стосунках – “позитивне спонсорство” – особа отримує підтримку, увагу, прийняття. У результаті вона стає здатною інтегрувати ті якості й ресурси, які бачать у ній інші, вони починають проявлятися в реальному житті.

7. Погане внутрішнє самопочуття. У здорових стосунках стан особи переважно позитивний. До партнерів особа ставиться із любов’ю, повагою, шанує їх (звісно, люди можуть сваритися, проте це укріплює стосунки, дозволяє краще розуміти одне одного, потреби одне одного). У залежних стосунках особа переважну частину часу перебуває у пригніченому стані, депресії, тривозі, злобі. Причому їй складно диференціювати ці почуття і співвіднести їх із (фрустрованими) потребами. Їй погано, проте вона не розуміє, що саме відчуває, чому так почувається. У такому стані людина може днями спати чи займатися рутинними непродуктивними справами.

8. Ізоляція. Здорові стосунки підтримують особу, допомагають їй розвиватися. Життя особи не обмежується лише цими стосунками: у неї є родинні, професійні, дружні стосунки; вона живе повним життям, спілкується з людьми, які їй цікаві; вона залучена до професійних і соціальних спільнот і перед нею немає дилеми – родина чи робота. Здорові стосунки гармонійно вписуються в життя людини і не ізолюють її від інших людей. У залежних стосунках особа випадає з життя і втрачає можливість отримувати підтримку за межами цих стосунків, поступово всі інші її контакти зводяться нанівець і вона залишається в ізоляції. Дуже часто особа не може поділитися тим, що насправді з нею відбувається в залежних стосунках, оскільки боїться почуття сорому, провини або вважає, що її не зрозуміють. Це ще більше відгороджує особу від оточення і посилює її відчуття самотності.

9. Страх вийти із стосунків. У здорових стосунках особа почувається вільною, здатною у будь-який час за власним бажанням їх припинити. Єдина причина того, чому вона їх продовжує, – це бажання їх продовжувати і позитивні переживання від них. У здорових стосунках двоє людей кожного дня заново приймають рішення бути разом. У залежних стосунках особі погано, проте вона не відчуває себе вільною вийти з них, бо почувається пов’язаною цими стосунками. У неї немає іншого вибору, крім як залишатися в цих стосунках, інші вибори, які бачить особа, видаються їй ще гіршими за ті, що в неї є. Особа вважає, що інша людина не впорається без неї, і тому приймає рішення рятувати її, залишаючись із нею у стосунках. Так відбувається тому, що її ідентичність і здатність покладатися на саму себе до цього моменту вже травмовані, а соціальні зв’язки, які могли б її підтримати поза цими

стосунками, зруйновані. Тому із залежних стосунків завжди страшно виходити, навіть коли біль і негативні переживання дуже потужні.

10. Утрата віри в майбутнє. У здорових стосунках майбутнє сприймається позитивним і повним можливостей. Особа почувається вільною вибирати свій шлях, почувається суб'єктом свого життя і вірить, що в майбутньому її очікує багато яскравих і добрих подій. У залежних стосунках через усі попередні фактори майбутнє сприймається похмурим і безперспективним. У цих стосунках особа відчуває себе приреченою, проте не вірить, що поза стосунками в неї все складеться добре. Виникає відчуття, що все хороше в житті залишилося позаду, а ти перетворився на відпрацьований матеріал. Втрата віри є індикатором тривалого перебування у деструктивних стосунках.

Другою емоційно насиченою підтемою є використання маніпуляцій у спілкуванні. Її обговорення має будуватися від загального уявлення про види маніпуляцій та їх цілі до обговорення прояву слабкодухості в бойових умовах, прагнення перекласти відповідальність за своє життя на товаришів (ця підтема є окремим, характерним лише для військовослужбовців, випадком залежних стосунків). Так, захищаючи осіб, які в бойових умовах вимагають уваги до себе, підрозділ може зривати виконання поставленого перед ним завдання, даремно (без досягнення поставленої мети) можуть гинути військовослужбовці. Серед учасників бойових дій досить поширена думка, що герої (кращі з кращих, сміливці, гуманісти) найчастіше гинуть тоді, коли вони приходять на допомогу слабкодушким. У цей момент вони обмежуються у свободі своїх дій, виявляються зв'язаними по руках і ногах слабкодушою особою і стають вразливими для ворогів. Оточення починає звинувачувати слабкодушких військовослужбовців у загибелі чудової людини. Створюється атмосфера ненависті, неповаги, культивується почуття провини.

Оскільки залежні стосунки крім маніпуляцій передбачають і заборону на переживання негативних емоцій, то важливо обговорити питання диференціації ситуацій маніпулятивного прояву слабкодухості від стресових реакцій (ступор, дезорієнтація тощо). Учасники групи повинні усвідомити, що страх у бою є нормальним станом і його переживання не засуджується досвідченішими військовослужбовцями, вони знають, що всі нормальні люди бояться. Їм варто дослухатися до порад досвідчених військовослужбовців, зосереджуватися на ситуації виконання поставленого завдання, щоб опанувати себе в перших бойових операціях. Переживати страх у першому бою не соромно, соромно використовувати свої переживання для маніпулювання іншими, ставити їхнє життя під загрозу.

Як і в темі родинних стосунків, у темі професійного спілкування потрібно починати роботу із загальних вправ і обговорення загальних проблем та гіпотетичних ситуацій і поступово переходити до обговорення індивідуальних історій за цією тематикою. За необхідності психолог організовує групову роботу для відреагування почуття провини у військовослужбовця, усвідомлення і подолання залежних стосунків (можна використовувати психодраму). Для зменшення напруження, інтенсивності роботи та закріплення результату індивідуальні історії можуть чергуватись із тематичними

тренінговими вправами (вправами, в яких відпрацьовується виявлений проблемний аспект спілкування), релаксаційними техніками, техніками візуалізації тощо.

Побудова групової роботи на тему досягнення особистого життєвого успіху відбувається за раніш описаним алгоритмом: від абстрактних тренінгових ситуацій до пророблення індивідуальних життєвих історій учасників групи.

Дискусія на цю тему вибудовується навколо таких питань.

1. Переживання емоцій у професійній діяльності як основа побудови стійкого позитивного професійного самоствавлення. Як уже згадувалося вище, стійкість професійного самоствавлення забезпечується його структурою: здатністю самоповаги та аутосимпатії компенсувати одна одну. Так, переживання зусиль є підґрунтям для розвитку самоповаги (позитивної оцінки власних знань, умінь, навичок, компетенцій). Переживання задоволення від досягнення цілей діяльності сприяє трансформації самоповаги в аутосимпатію (у загальне позитивне ставлення до себе на основі минулих досягнень) і тим самим формує так звані резерви самоствавлення, до яких особистість зможе звернутись у складні періоди. Можливість звернення до цих ресурсів для забезпечення позитивності самоствавлення у випадках переживання тимчасових невдач забезпечують структурні зв'язки між самоповагою та аутосимпатією. Вони формуються, коли переживається усвідомленість діяльності. Саме це забезпечує наступність у розвитку особистості професіонала, дозволяє йому використовувати минулий життєвий досвід для подолання актуальних проблем професійної самореалізації. Переживання порожнечі (відсутності сенсу) в діяльності, навпаки, руйнує зв'язки між самоповагою і аутосимпатією. Усвідомлення власних мотивів вибору професії військовослужбовця НГУ, мотивів (чому?) і сенсів (заради чого?), які сприяють продовженню служби.

2. Необхідність засвоєння алгоритмів професійних дій як базової професійної підготовки (алгоритм – шлях ефективного виконання поставленого службово-бойового завдання, забезпечує швидкість і цілеспрямованість дій). Однак хоча засвоєний алгоритм передбачає згортання процесу усвідомлення виконання його кроків, але для його засвоєння розуміння мети (завдання) кожного кроку необхідне, аби виробити власний стиль (дії, які відповідатимуть як меті, так і конституційним та іншим індивідуальним особливостям військовослужбовця). Саме це й забезпечує згадану вище спонтанність (природність), швидкість дій під час виконання поставленого завдання і збільшує витривалість військовослужбовця. І якщо в темі професійного спілкування в корекційній роботі робиться наголос на дискредитації наявного стилю спілкування і усвідомленні необхідності нового, відповідного професійній етиці, то в темі професійної діяльності військовослужбовці, які щойно вступили на військову службу (і не мають негативного досвіду) повинні одразу вчитися використовувати свої конституційні та інші індивідуальні особливості для формування власної професійної компетентності. За наявності професійного досвіду дискусія має розгортатися навколо визначення типових

професійних дій і помилок у їх виконанні, причин невдач (визначенні досвіду невдач) і виробленні нових способів дій.

3. Формування професійної саморегуляції – здатності виявляти професійну суб'єктність, формувати і ставити цілі професійної діяльності; самостійно визначати значущі умови професійної ситуації (маркери) і змінювати план дій задля досягнення поставленої мети, для адекватної корекції алгоритму професійних дій, коли змінюються вихідні умови ситуації. Здатність до усвідомленого наслідування досвідчених військовослужбовців як основа швидкого формування алгоритмів дій (вироблення свого стилю на основі досвіду інших) в екстремальних (бойових) умовах: увага й розуміння дій досвідчених військовослужбовців, адекватне реагування на їх зауваження, здатність приймати допомогу, здатність до саморегуляції свого стану (опанування себе) в екстремальних умовах. Професійна взаємодія у повсякденних та екстремальних умовах виконання поставленого завдання (відповідальність, здатність приймати і надавати допомогу тощо).

4. Здатність диференціювати екстремальні ситуації, які виникають у професійній діяльності, на такі, що можна здолати, і такі, з якими потрібно змиритися, здатність розрізняти ці ситуації – здатність адекватно використовувати проблемно і емоційно-орієнтовані копінги. Визначити зміст цих копінгів.

5. Визначення віддалених цілей професійної діяльності – ліній побудови професійної кар'єри (кар'єра як посадове і професійне зростання; зміна видів діяльності, узагальнення й передавання досвіду іншим як способи подолання стагнації, демотивації).

6. Віддалене планування життя – визначення власного життєвого шляху, місця в ньому служби в НГУ, поєднання його з іншими аспектами самореалізації. Визначення засобів, ресурсів, які раніше і в майбутньому можуть використовуватися для вирішення проблем і досягнення життєвого успіху.

Загальна мета роботи над цією темою – формування професійної суб'єктності, впевненості в собі як у професіоналі, у своїх професійних діях, розширенні сфери професійної самореалізації та вбудові професійної самореалізації в систему загальної самореалізації особистості (за потреби розширення загальної самореалізації, формування ієрархії мотиваційної сфери тощо).

Як уже зауважувалося, під час групової роботи над зазначеними трьома темами психолог може використовувати тренінгові вправи. У додатку Б наведено приклади таких вправ. Додаток укладено на основі матеріалів НДР, виконаних у лабораторії морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності НГУ [294–297]. Звісно, психолог може і повинен використовувати й інші вправи з власного професійного арсеналу.

Працюючи з представниками підтипів другого суїцидально активного типу, слід звертати увагу на таке. Якщо у представників підтипу 2.1 невпевненість у собі, затримка реагування є наслідками не конституційних особливостей (меланхолік, флегматик за типом темпераменту, астеничний

конституційний тип тощо), а виховного впливу, то цих військовослужбовців також можна залучати до описаної вище групової роботи.

Військовослужбовцям, які не можуть бути успішними у професійній діяльності військовослужбовця НГУ через свої конституційні особливості, на час строкової служби в рамках психологічної роботи надається необхідна емоційна підтримка і застосовуються заходи формування загальної життєстійкості (від здорового способу життя до вправ, що формують відповідний стиль життєдіяльності). Для них корисними є заняття з тайм-менеджменту. Так, у додатку В наведено приклади завдань для роботи із щоденником для формування вміння раціонально використовувати свої обмежені ресурси, визначення пріоритетних цілей і шляхів їх досягнення. Зазначені вправи є частиною тренінгу формування мотиваційних ресурсів життєстійкості, запропонованого Н. В. Юр'євою [302]. Цей тренінг також може використовуватися для формування життєстійкості у вибірці суїцидально активних типів, але психолог мусить оцінити, наскільки доцільне проходження цими військовослужбовцями (особливо підтипу 2.1) таких вправ, як “Рятувальний човен”, “Сцена смертного ложа” тощо.

Для військовослужбовців підтипу 2.2 варто пройти тренінг відновлення психологічної безпеки особистості, розроблений І. І. Приходьком [303]. Цей тренінг наведено в дод. В, Г.

Після закінчення зазначених форм групової роботи учасники груп для подальшої підтримки один одного можуть продовжувати зустрічатись у форматі так званих груп зустрічей (прикладом груп зустрічей є “Групи анонімних алкоголіків”). Психолог повинен сприяти роботі таких груп.

Роботу психолога, описану в цьому пункті, метафорично можна порівняти з тим, як автор казки “Чарівник смарагдового міста” проводить своїх героїв шляхом усвідомлення їхніх сильних сторін, даруючи їм розум, любов і сміливість.

6.3 Існуючі підходи до здійснення кризової інтервенції. Супервізія психологів НГУ, які працюють із суїцидентами

Звісно, наявність у військовослужбовців акцентуацій характеру і темпераменту спричиняє їх потрапляння у повсякденні проблемні ситуації. Ці ситуації можуть бути не досить гострими і стресогенними, тому тривають роками без будь-якої значної динаміки. Однак у разі значного збільшення навантаження (тиску ситуації) вони можуть переходити у стан кризи – гостру ситуацію, яка потребує прийняття рішення і є поворотним пунктом у розвитку особистості.

Хоча переживання кризи, як уже зазначалося вище, може стати підставою для формування суїцидальної мотивації, але зв'язок між цими явищами непрямої: зазвичай суїцид є наслідком переживання кризи, але переживання кризи не завжди призводить до формування суїцидальних намірів і дій. Однак допомога у проживанні кризи є одним із обов'язкових заходів первинної профілактики суїцидальної активності військовослужбовців.

Потрібно зауважити, що за значного різноманіття підстав для кризи дії консультанта мало специфічні і практично не залежать від характеру ситуації. Закономірності динаміки будь-якої кризи обґрунтовують загальні правила для здійснення кризової інтервенції (цілі, яких має досягнути консультант) [304]:

- установлення стосунків довіри;
- визначення сутності кризової ситуації;
- забезпечення особі, яка переживає кризу, можливості діяти.

Перша мета – установлення стосунків довіри – досягається емпатичним вислуховуванням і відбиттям почуттів особи, яка переживає кризу. При цьому важливо не лише співчувати, але й виявляти це співчуття (емпатію) добре підібраними словами. Військовослужбовець повинен усвідомити, що психолог його розуміє і готовий працювати разом із ним у пошуках виходу з кризи.

Друга мета – установлення характеру й деталей кризи. Військовослужбовцю потрібно дати можливість висловити ясно й детально те, що відбулося, що спричинило кризу. Необхідно сфокусувати розповідь військовослужбовця таким чином, аби в підсумку кризисну ситуацію можна було описати одним реченням.

У процесі діалогу корисно диференціювати ті аспекти проблеми, які можуть бути змінені, від тих, які змінити неможливо. Варто попросити військовослужбовця описати попередні спроби знайти рішення, а потім розглянути інші можливі рішення. Наприклад, можна запитати: “Що станеться, якщо ви...?”, “А як ви будете при цьому почуватися?” Таким чином допомогти військовослужбовцю обміркувати різні ймовірнісні наслідки можливих його рішень, а також способи, якими він може реалізувати своє рішення. Необхідно намагатися підключити внутрішні й зовнішні ресурси, здатні допомогти військовослужбовцеві вийти з кризи.

Третя мета кризової інтервенції – дати можливість військовослужбовцю діяти: допомогти намітити певний план дій і переконати в тому, що він реальний, цілком досяжний. Якщо це так і військовослужбовець взяв на себе відповідальність за реалізацію плану, то психолог мусить його підбадьорити й підтримати рішення. Яким би не було це рішення, особа почуватиметься краще після того, як його прийме і почне діяти.

Такий підхід у консультуванні називають надією та дією – психолог у випадку кризи має породжувати у клієнта надію і заохочувати його до дії.

Зазначимо, що кризова інтервенція є окремим випадком консультаційного процесу і її оспануванню передують навчання проводити консультації. Академічний опис консультування знаходимо у А. Г. Караяні та І. В. Сиромятникова в навчальному посібнику “Прикладна військова психологія” [305]. Автори пропонують таку структуру побудови консультаційного процесу.

Перша стадія. Установлення контакту з клієнтом. Її завдання полягає в досягненні взаємоприйняття та взаєморозуміння. Упродовж цієї стадії клієнт має почуватися психологічно комфортно в консультаційному процесі, відчувати, що психолог приймає його як особистість.

Ця стадія передбачає:

- зустріч із клієнтом (рукоштовання, знайомство);
- розміщення клієнта в кабінеті для проведення консультації, паузу мовчання (20–60 секунд);
- питання про причини звернення.

Друга стадія. Усвідомлення проблеми клієнта. Її завдання – визначення характеру і змісту психологічної проблеми. Упродовж цієї стадії клієнт має усвідомити контекст свого “замовлення” і свою роль у походженні психологічної інформації.

На цій стадії здійснюється аналіз:

- змісту скарги клієнта: локусу скарги (об’єктивний, суб’єктивний); самодіагнозу клієнта; психологічного запиту клієнта; прихованого змісту скарги й підтексту; психологічної ситуації;
- психологічної ситуації: визначення обставин, які сприяли розвитку психологічної проблеми; визначення кола осіб, які потребують психологічної допомоги, та осіб, задіяних у проблемі клієнта; можливого розвитку ситуації і небажаних психологічних наслідків;
- реальних психологічних проблем: вихідних гіпотез стосовно змісту психологічних проблем, їх причин, механізмів виникнення й розвитку; внутрішнього світу клієнта, його можливостей для вирішення проблеми (за потреби проведення заходів поглибленої психодіагностики); зроблених припущень, психологічного діагнозу та інтерпретація його клієнту; висновок про наявність проблем, які виходять за межі компетентності психолога.

Третя стадія. Усвідомлення бажаного результату консультування. Завдання психолога на цій стадії полягає у здійсненні спрямованого впливу на думки й почуття клієнта (підведення клієнта до інсайту). Клієнт має усвідомити можливість позитивного вирішення проблеми.

На третій стадії здійснюються:

- констатація наявності потреби в допомозі;
- обговорення бажаного стану клієнта за допомогою питань, які переводять клієнта в рефлексивну позицію відносно нової моделі життя; проговорювання можливих позитивних варіантів поведінки.

Четверта стадія. Формулювання терапевтичного завдання. Психолог має забезпечити прийняття завдання клієнтом для самостійного його вирішення. Клієнт мусить усвідомити і прийняти образ самостійних дій із вирішення психологічної проблеми.

Ця стадія передбачає таке:

- вироблення альтернативних варіантів вирішення проблеми;
- оцінювання психологічного прогнозу щодо результатів психологічної допомоги в конкретному варіанті;
- оцінювання реальних умов і можливостей вирішення консультаційного завдання і коригування терапевтичного завдання;
- спільне з клієнтом вироблення тактики корекційних дій, підведення клієнта до необхідності самостійного вирішення психологічної проблеми і прийняття відповідальності за результат на себе;

– визначення необхідності додаткових консультацій в інших фахівців.

П'ята стадія. Узагальнення результатів взаємодії. Завдання психолога – сприяти зміні думок, дій і почуттів клієнта в повсякденному житті. Клієнт мусить виробити навички самостійного вирішення аналогічних проблем у повсякденному житті без участі психолога.

На цій стадії здійснюється таке:

- підведення підсумків бесіди (коротке узагальнення у формі резюме всього, що відбулося за час прийому);
- визначення клієнту домашнього завдання;
- обговорення рекомендацій для звернення клієнта до інших фахівців у суміжній галузі, призначення додаткових зустрічей;
- прощання консультанта з клієнтом.

Від звичайного консультаційного процесу кризову інтервенцію відрізняють вісім базових принципів її здійснення [130].

Невідкладна інтервенція. Вона необхідна і не може бути відтермінованою, якщо криза становить небезпеку, обмежує можливості для розвитку.

Самовизначення. Особа, яка переживає кризу і звернулася по допомогу, компетентна і здатна вибрати свій життєвий шлях.

Дія. У кризовій інтервенції психолог бере активну участь у всьому, що відбувається з клієнтом, для того щоб оцінити ситуацію і сформулювати план дій.

Обмеження цілей. Мінімальна мета кризової інтервенції – запобігти катастрофі. У ширшому сенсі головна мета – відновлення рівноваги. Кінцева мета – зробити і те, й інше у сукупності з елементами розвитку.

Підтримка. Психолог повинен надати клієнту підтримку, а саме бути “з ним”, тобто допомогти йому пройти через процес подолання кризи.

Фокусування і вирішення основної проблеми кризи. Як правило, криза – це стан, який призводить до невизначеності у всіх аспектах життя людини. У такому випадку інтервенція має бути досить структурованою, щоби сфокусуватися на основній проблемі чи проблемі, яка призвела до кризи.

Імідж (образ кризової ситуації). Для мобілізації енергії клієнта підтримка має надаватися таким чином, аби оцінити і зрозуміти імідж (образ кризи), який створив собі клієнт.

Упевненість у собі. Людина, яка перебуває у кризі, мусить розглядатись як така, що спрямована на знаходження впевненості в собі і яка бореться із залежностями. Потрібно дотримуватися балансу між самостійністю клієнта і його потребою в підтримці.

Відповідно до правил і принципів кризової інтервенції В. Ю. Меновщиков [130] пропонує таку модель вирішення кризових проблем.

1. Визначити, у чому полягає проблема (криза). Вислухати те, що клієнт вважає проблемою (кризою). Робота завжди починається саме з цього. Коли щось незрозуміло, слід спитати прямо, але спокійно, м'яко, чому він так вважає. Не варто забувати, що відправні точки клієнтів можуть істотно відрізнятися від ваших, тобто психолога, який здійснює консультацію (система

цінностей, життєвий досвід, уміння володіти собою), і тому те, що клієнти сприймають як проблему, може здатися консультанту незначним чи складним для розуміння. Якщо клієнт вважає, що це проблема (криза), нехай буде так. Дуже часто корисно знати, чому в цей відрізок часу дещо видається проблемою (кризою). Це можна зрозуміти, задаючи питання на кшталт: “Що змінилося сьогодні порівняно із вчорашнім днем?” чи “Що нового виникло в останні дні (тижні)?”. Розвиток проблеми (кризи) майже завжди містить зміни обставин і здатність чи нездатність упоратися з цим. Не менш важлива інформація про інших діючих осіб: їх наявність може бути або причиною стресу, або ресурсом допомоги в її розв’язанні.

2. Потрібно визначитися, що вже робилося для вирішення проблеми. Зосередьтеся і спробуйте зрозуміти ситуацію. Важливо знати, що саме клієнт робив для того, аби спробувати розв’язати проблему (кризу). Така лінія розмови-дослідження відображає вашу впевненість у тому, що особа здатна знайти рішення. Ототожнюючись із тим, що вже було зроблено, ви допомагаєте клієнту відчувати реалістичність і здійсненність його можливостей. Це також потребує від особи переосмислення того, що відбувалося з нею до сьогодні. Дуже часто негативні емоції клієнта не дозволяють йому мислити ясно. Частково мета консультанта полягає в тому, щоб повернути людині цю здатність, відновити внутрішню гармонію (спокій) і вміння раціонально мислити.

Можна обговорити з клієнтом наявність різних відправних пунктів у роботі з кризою: 1) порадити зробити те, що він може зробити сам, своїми силами, наприклад, прогулятися, помедитувати, почитати, прибратися (так би мовити, простимулювати його суб’єктність, аби він відчув зв’язок між власним “Я” і своїми мотивами, діями, станами); 2) порекомендувати йому вийти за межі власного внутрішнього світу, наприклад, покликати друга, поговорити з людиною, яка стала причиною стресу; 3) підказати йому використати загальні ресурси: групу підтримки, поговорити зі священником, лікарем. Про дещо можна лише поміркувати, але не намагатися здійснити. Може так статися, що деякі варіанти відштовхнуть клієнта чи будуть відкинуті самим клієнтом через неточну або недостатню інформацію. В окремих випадках він не зрозуміє користі у цих послугах. Можливо, його просто потрібно підбадьорити, щоб він почувався впевненіше, зробив перший крок чи попросив допомоги. У деяких випадках людина має негативний життєвий досвід, який став причиною її страждань і неприємностей, і вона не бажає знову переживати подібне. Підбадьорений і натхненний новою для нього інформацією клієнт може “відчувати різницю” і захоче спробувати ще раз.

3. Потрібно визначитися з варіантом дій. Так, страх чи відчуття, що людина не впорається з чимось конкретним, підштовхує її до ухвалення нехарактерних для неї рішень, ніби це остання можливість досягнути успіху. Консультант повинен допомогти відчувати клієнту, що той керує власною долею, і зрозуміти, що дія – це можливий шлях до успіху.

При цьому важливо пам’ятати, що психолог не вирішує проблеми клієнтів, він допомагає знайти рішення, яке клієнт вважатиме своїм.

Існують два правила, які дозволяють конкретизувати і зробити дієвішими рішення клієнта.

Перше правило: мінімальні зміни ведуть до подолання кризи. Так, занадто грандіозні і глобальні завдання неможливо виконати повністю. Важливо ставити перед собою реальні, досяжні цілі. Використовуйте дрібні завдання – ті, вирішення яких імовірніше сприятиме успіху. Такий підхід надихає людей і вони легше погоджуються відновити спроби виходу з кризи. Не перестарайтеся, закликаючи клієнта зробити більше, ніж він може, – це може призвести до провалу.

Друге правило: розгляд конкретного плану. У підсумку ви маєте надати клієнту можливість представити вам свій план виходу з кризи. “Коли ви вийдете з мого кабінету, що ви будете робити?” чи “Завтра ви хотіли зателефонувати товаришу. Який у нього номер телефону?” Таким чином консультант може підтримати прагнення людини діяти.

Потрібно також пам’ятати, що крім вас як консультанта існує й інше оточення людини і його вплив не варто ігнорувати. Допомогу можуть надавати друзі, родичі, товариші по службі, командири. Жоден консультант не перебуватиме з клієнтом 24 години на добу. Навіть у кризових стаціонарах цей час обмежений, тому важливу роль відіграє реальне оточення людини, здатне надати допомогу.

Особливо актуальне питання соціального оточення, коли криза призводить до формування суїцидальних намірів. У таких випадках ціна помилок психологічної підтримки завелика. Дії особи, яка надає психологічну підтримку, мають спрямовуватися на полегшення страждання.

У світлі цього важливими є рекомендації-принципи закордонних фахівців кризових служб для непрофесіоналів у психологічній допомозі, які опинились у ситуації необхідності надання психологічної підтримки особі, що прагне вчинити самогубство [305]. Завдання психолога військової частини – навчити близьке оточення (потенційної) суїцидально активної особистості цим рекомендаціям. Можливо включати ці рекомендації у психологічний лекторій у рамках здійснення первинної профілактики суїцидальної активності для формування готовності військовослужбовців прийти на допомогу своєму товаришу, який прагне вчинити самогубство (що вже є заходом вторинної психологічної профілактики суїцидальної активності).

Це такі принципи.

1. Не відштовхуйте, якщо особа вирішила поділитися з вами своїми проблемами, навіть якщо ви вражені ситуацією, що склалася.

2. Довіряйте своїй інтуїції, якщо відчуваєте суїцидальні схильності в цій особі. Не ігноруйте ознаки, що свідчать про намір скоїти самогубство (суїцидальні висловлювання та дії).

3. Не пропонуйте того, чого не в змозі гарантувати. Наприклад, не кажіть, що родина обов’язково допоможе, якщо не впевнені в цьому, не можете цього організувати.

4. Дайте знати, що бажаєте допомогти людині, але не вважаєте за необхідне зберігати все в таємниці, якщо якась інформація може вплинути на її

безпеку. Слідкуйте, аби ваші висловлювання не сприймалися як ворожі, щоб особа не затаїлася. У будь-якому випадку ваші дії і висловлювання мають бути коректними і не вражати гідності людини.

5. Зберігайте спокій і не засуджуйте.

6. Говоріть щиро. Намагайтеся визначити, наскільки серйозною є загроза. Знайте, що питання про суїцидальні думки і наміри не призводять до спроб самогубства. Насправді особа може відчувати полегшення від усвідомлення проблеми.

7. Спробуйте дізнатися, чи є у суїцидально налаштованої особи план дій. Конкретний план – знак реальної небезпеки.

8. Не пропонуйте спрощених рішень на кшталт “Усе, що вам зараз потрібно, так це добре виспатися, вранці почуватиметеся краще”.

9. Покажіть особі, що ви хочете поговорити про почуття і не засуджуєте її за них.

10. Допоможіть людині усвідомити, як керувати кризовою ситуацією, і зрозуміти, що сильний стрес заважає повністю усвідомити ситуацію. Ненав’язливо порадьте їй шукати рішення чи, радше, акуратно підведіть особу до рішення (через звуження полів свідомості у стресі особі дуже складно самій бачити варіанти), відмінного від суїциду. Для початку можна простимулювати її просто до іншого роду активності. Наприклад, зателефонуйте людині, з якою вона в конфлікті. Проте жодні дії не можна нав’язувати. Особа має сама дійти до якогось варіанта дій (принаймні, у неї має скластися враження, що це вона сама прийняла рішення діяти саме так).

11. Допоможіть знайти людей і місця, які можуть знизити стрес, що переживається. За найменшої можливості дійте так, аби знизити тиск обставин на особу. Спробуйте вмовити її звернутися по допомогу до фахівців, здатних полегшити її страждання (психолог, психіатр). Проведіть її до цих фахівців.

12. Допоможіть особі зрозуміти, що наявне в неї відчуття безнадійності не триватиме вічно.

Таким чином, пріоритетним в інтервенції із суїцидально налаштованою особою, яку реалізує непрофесіонал, є вміння якомога довше підтримати розмову. Це розвиває взаємини між суїцидентом і тим, хто здійснює підтримку. Такі взаємини стають тим, від чого може відштовхнутися суїцидент для початку виходу (подолання інерції) із кризи.

Зазначимо, що в закордонних кризових службах розроблено стратегії проведення бесіди із суїцидально активним клієнтом. Зокрема, передбачаються такі принципи ведення бесіди [305].

Поправка на вентиляцію почуттів. Дозвольте клієнту виговоритися, не переривайте його. Необхідно прийняти злість і маніпулятивні дії з боку клієнта, аби утримати розмову, яка пов’язує його з життям.

Гарантії. Коли клієнт заявляє, що ніхто не здатен йому допомогти, то потрібно знов і знову переконувати його в тому, що ви можете бути корисним і зацікавлени у продовженні розмови.

Підкріплення позитивних настроїв. Якщо клієнт пригадав будь-які позитивні події, думки чи сподівання, допоможіть йому їх усвідомити

(наприклад, якщо особа каже, що збиралася вбити себе, але спочатку вирішила звернутися до вас, підсилюйте цей позитивний момент, скажіть, що ви раді тому, що вона вчинила саме так).

Надання альтернативних способів прояву почуттів. Ця стратегія передбачає допомогу в ідентифікації вчинків, які клієнт міг би вчинити замість спроби самогубства.

Визнання страждання. Вербально підтвердити розуміння того, що загроза (спроба) суїциду демонструє страждання цієї людини, можна таким чином: 1) серйозно поставитися до її проблем у ситуації, що склалася; 2) пояснити, що немає потреби реалізовувати ці дії для того, аби довести існуючий стан; 3) спробувати альтернативні варіанти. Наприклад: “Те, що ми обговорюємо тему суїциду, ясно свідчить, що вам погано і ви потребуєте допомоги. Зараз, коли я це знаю, немає потреби шкодити собі. Давайте краще обговоримо, як вам допомогти”.

Обговорення умов “Контракту про нездійснення самогубства”. “Я ніколи не вб’ю себе, випадково чи навмисно, не залежно від того, що станеться”. Якщо особа зможе впевнено зробити таку заяву – ризик вчинення самогубства зменшиться. Однак якщо вона: 1) відмовляється укласти “контракт”; 2) перебуває під впливом наркотичного чи алкогольного сп’яніння; 3) змінює якимось чином умови “контракту”, то ризик вчинення самогубства цією людиною високий. Якщо вона не погоджується, то намагайтеся домовитися про те, що вона повідомить (зателефонує), поки ще буде здатною контролювати свої суїцидальні імпульси.

Дослідження летальності. Спробуйте в розмові отримати інформацію, яка належить до факторів летальності. Для того щоб виявити, чи збирається особа здійснити суїцид, чи готовий у неї план суїциду, чи має вона доступ для засобів його вчинення, потрібно ставити прямі запитання (при цьому не слід оцінювати її висловлювання). Така стратегія дає зрозуміти клієнту, що ви слухаєте те, про що він каже, ви зацікавлені в ньому і допоможете запобігти самогубству. Потім ви можете спробувати схилити індивіда до встановлення тимчасового обмеження шляхом укладення “контракту про нездійснення самогубства”.

Структурування ситуації. Здійснюється за допомогою відповідних запитань. У свідомості клієнта формується об’єктивна і послідовна картина психотравмуючої ситуації в її розвитку.

Пошук джерела емоцій. Особі, яку консультують, пропонують установити безпосередні причини свого емоційного стану (“Що саме в цій ситуації так вас ранило?”). Цей прийом дозволяє усвідомити зв’язок між вчинками іншої людини і власними емоціями.

Подолання винятковості ситуації. Використовується у випадку, коли клієнт вважає, що критична ситуація (подружня зрада, розпад родини тощо) складається лише в нього і саме через його особистісні недоліки чи помилкові дії. Психолог може тактично підвести клієнта до думки, що аналогічні ситуації трапляються в житті досить часто. Проте потрібно бути обережним, аби у

клієнта не склалося враження, що ви (психолог) вважаєте його ситуацію банальною.

Зняття гостроти ситуації. Клієнти часто вважають, що критичні обставини потребують від них негайних рішень. У таких випадках консультант має підкреслити, що в особи є час на обмірковування і прийняття рішення.

Терапія успіхами й досягненнями. Особливо ефективна для людей, які невпевнені в собі, з низькою самооцінкою. Розповідаючи про себе, клієнт може повідомити про труднощі, які йому довелося пережити. Психолог мусить тактично підкреслити успіхи, формуючи у співрозмовника уявлення про себе як особистість, здатну долати життєві труднощі.

Планування. Психолог мотивує клієнта вербально оформити плани діяльності, яка відмінна від суїциду, замінює суїцид.

У процесі консультування суїцидально налаштованої особистості рекомендується уникати таких дій.

1. Здійснювати протиставлення. Людина на консультації максимально контролює слова психолога. Не конфліктуйте, не сперечайтесь. Дуже важливо утримувати клієнта в розмові, підкріплюючи його віру в те, що він контролює прийняття рішення, і допомогти йому зробити інший вибір, відмінний від самогубства.

2. Уникайте ворожості, сарказму, крайньої турботливості чи індиферентності.

Реалізуючи кризову інтервенцію, можна використовувати прийоми НЛП, метафоричні карти тощо. Приклади таких прийомів наведено в дод. П та Р.

Як влучно зазначив В. Ю. Меновщиков у своєму навчально-методичному посібнику зі здійснення психологічного консультування в роботі із кризовими і проблемними ситуаціями [304], знання конкретних прийомів і стратегій, вивчених консультантом і застосовуваних за шпаргалкою, що лежить на столі, навряд чи допоможуть самі по собі. По-перше, працюють не стільки конкретні прийоми, а скільки загальне розуміння й навички ведення консультаційного процесу: від установлення контакту, через прийняття і надання можливості виговоритися до емоційного відреагування, можливих інсайтів і рішення змінити ситуацію способом, який відмінний від суїциду. По-друге, прийоми мають бути відпрацьовані й інтеріоризовані в канву консультаційної бесіди. По-третє, і це, можливо, найголовніше: психолог мусить бути особистісно готовим до зустрічі із суїцидальним клієнтом.

Таким чином, здійснення профілактики суїцидальної активності військовослужбовців гостро ставить питання готовності військових психологів як професійної і особистісної складової їх компетентності.

Ще одним важливим моментом, на який варто звернути увагу, обговорюючи тему кризової інтервенції при суїциді, є супервізія.

Робота з особою, яка має суїцидальні наміри, надзвичайно складна для психолога. Він переживає занепокоєння, страх, почуття провини (особливо, якщо не зміг допомогти), на нього тисне надвідповідальність.

Психолог повинен пам'ятати, що щира увага до людини передається інтонацією, вислуховуванням, запитаннями, пропозицією доречних

альтернатив і атмосферою довіри протягом усієї бесіди. Проте остаточне рішення і здатність контролювати це рішення залишаються за клієнтом. Консультант може втрутитись і бути почутим лише у випадку, коли клієнт сприйнятливий до співпраці.

Не вдаючись до етичних моментів роботи із суїцидально активним військовослужбовцем, зазначимо необхідність ретельно фіксувати всю інформацію щодо реалізації консультаційного процесу із суїцидально налаштованим військовослужбовцем (збереження даних психодіагностичних обстежень, планів і результатів проведення заходів корекційної роботи, змісту й результатів консультацій, групових занять, рекомендацій командирам тощо).

Для подолання негативних переживань психологів, які здійснюють кризову інтервенцію із суїцидентами, у підрозділах психологічної служби НГУ мають реалізовуватися такі заходи супервізії.

1. Групова підтримка (наприклад, колегами з одного ТРК, у групі психологів НГУ). Це відповідальність групи – надати підтримку колезі у складний час.

2. Спільний розгляд конкретних випадків. Організовувати періодичні обговорення, на яких розглядаються всі випадки самогубств військовослужбовців НГУ. Необхідно зазначити, що було зроблено правильно, і розглянути альтернативні стратегії, які наступного разу можуть виявитися успішнішими. Такий огляд має проходити в атмосфері підтримки й навчання. Цей захід передбачає не лише підтримку, поділ відповідальності за прийняті рішення та вироблені стратегії допомоги. Він дозволяє присвоїти досвід роботи із суїцидально активними військовослужбовцями, враховуючи обмежені можливості для його набуття, тобто є заходом підвищення професійної підготовки психологів військових частин.

3. Поінформованість усіх колег про стрес, який пережив психолог, працюючи із суїцидальним клієнтом. Знизити цей стрес дозволяє короткострокова відпустка, тимчасове усунення від виконання посадових обов'язків.

Таким чином, профілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців є багаторівневим заходом і передбачає загальні і специфічні заходи первинної, вторинної, третинної профілактичної роботи. Вона є складником загальної психопрофілактичної роботи, спрямованої на збереження, зміцнення та відновлення психологічної безпеки і психічного здоров'я особового складу, попередження виникнення соціально-психологічної та особистісної дезадаптації.

Головний акцент у профілактичній роботі, спрямованій на зниження суїцидальної активності військовослужбовців, пропонується робити на формуванні й відновленні їхньої психологічної суб'єктності – зв'язку між "Я", мотивацією, діями та почуттями. Ця ідея є провідною в наданих загальних рекомендаціях із профілактики суїцидальної активності в ході здійснення профорієнтаційної роботи, професійного психологічного відбору, професійної загальної і спеціальної підготовки, а також заходів, пов'язаних із подоланням

негативних наслідків виконання службово-бойових завдань в екстремальних умовах: декомпресія, дебрифінг тощо.

Здійснення ефективної психопрофілактичної роботи, спрямованої на зниження суїцидальної активності військовослужбовців, потребує розширення поняття “суб’єкт психопрофілактичної роботи”; викорінення позиції, коли вся відповідальність за самогубство військовослужбовця лягає лише на психолога підрозділу. Суб’єктами профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців мають бути всі члени військового колективу. Взаємодопомога, емоційна підтримка – це ті дії, які ставлять на один рівень у профілактиці самогубств психолога, командира, товаришів по службі.

Найсприятливішою формою роботи, яка дозволяє здійснювати контроль умов подолання дисбалансу між можливостями особистості і зовнішніми вимогами (вимогами професійної ситуації), для військовослужбовців із суїцидально активним типом особистості є включення їх до ГППУ. Так, у ГППУ є можливість організувати роботу з корекції суїцидально активної особистості, використовуючи як засоби індивідуальної, так і групової роботи. Віднесення до ГППУ дозволяє вирішувати питання зниження тиску на військовослужбовця професійних стрес-факторів (служба без зброї, зменшення інтенсивності службового навантаження, добових нарядів тощо).

Віднесення суїцидально активних військовослужбовців до ГППУ відбувається на загальних підставах (службових, службово-дисциплінарних, сімейно-побутових, соціально-психологічних), що дозволяє уникнути розголосу щодо їх суїцидально активного статусу і не привертати нездорової уваги.

Специфічні заходи профілактики суїцидальної активності військовослужбовців у ході психокорекційної роботи з військовослужбовцями ГППУ залежать від установленого в них типу (підтипу) суїцидальної активності. Так, особам із поліакцентуаціями, із провідною роллю демонстративної акцентуації (підтипи 1.1 та 1.2) рекомендовані індивідуальні і групові корекційні заняття, спрямовані на усвідомлення власних сильних сторін особистості та недоліків і побудову нових стилів взаємодії і діяльності, які відповідно до характеристик особи забезпечать спонтанне, природне для військовослужбовця і прийнятне для його соціального оточення швидке, адекватне ситуації, реагування. Індивідуальна робота передусім спрямована на зняття гострого стану й підготовку до групової роботи з урахуванням особливостей налагодження взаємодії з військовослужбовцями, які мають різні типи акцентуацій. Робота у групі найбільше відповідає завданням усвідомлення проблемних аспектів поведінки і відпрацювання дій, прийнятних для соціального оточення. Роботу доцільно будувати таким чином: організація групових дискусій за такими темами, як вплив родини на формування й загострення акцентуацій особистості; особливості професійної взаємодії, побудова військової кар’єри та її місце в особистому життєвому успіху військовослужбовця. Працюючи в групі, до обговорення індивідуальних історій військовослужбовців слід переходити по досягненні високого рівня її розвитку, атмосфери довіри та взаємопідтримки. Для зняття зайвого напруження емоційно заряджені теми слід чергувати з тренінговими вправами,

побудованими навколо гіпотетичних ситуацій і спрямованими на відпрацювання нових соціально схвальних навичок взаємодії.

Для осіб, у яких переживання кризи пов'язане з браком внутрішніх ресурсів для подолання тисків професійної ситуації, їхньою конституційною слабкістю (підтип 2.1), поряд із заходами з актуалізації емоційної підтримки і прямої допомоги товаришів по службі корисне опанування принципів тайм-менеджменту, які дозволяють раціонально розподіляти наявні ресурси особистості, враховувати як важливість завдань, так і можливість залучення зовнішніх ресурсів. Військовослужбовцям підтипу 2.2, які почуваються виснаженими внаслідок тривалої участі в бойових діях, рекомендовано проходження “Тренінгу відновлення психологічної безпеки особистості”, спрямованого передусім на відновлення мотивації і зв'язків зі своїм близьким оточенням.

Кризова інтервенція може бути заходом первинної і вторинної профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців. У першому випадку вона спрямована на вирішення актуальної кризової ситуації як заходу попередження розгортання суїцидальної мотивації. У другому – на утримання військовослужбовця зі сформованою суїцидальною мотивацією від учинення самогубства. Хоча заходи кризової інтервенції не вирізняються специфічністю (усі вони передбачають досягнення трьох основних цілей: установлення стосунків довіри, визначення сутності кризової ситуації і забезпечення особи, яка пережила кризу, можливості діяти), відповідальність, яка лягає на психолога у реалізації заходів кризової інтервенції із суїцидально налаштованими військовослужбовцями, гостро ставить питання щодо його кваліфікації, ретельності ведення психологічної документації та наявних заходів супервізії.

Супервізія поряд із заходами емоційної підтримки й надання відпочинку для відновлення емоційної рівноваги і сил має передбачати періодичні зустрічі з колегами для обговорення всіх випадків самогубств і суїцидальних спроб серед військовослужбовців. Цей захід покликаний не лише розділити відповідальність із колегами за вироблення стратегії дій, але й підвищувати професійну кваліфікацію психологів і перейняти унікальний (через рідкість випадків самогубств) досвід.

Неможливість постійно перебувати із суїцидально налаштованим військовослужбовцем у кризовий період робить актуальною відповідну підготовку оточення військовослужбовця для адекватної реалізації психологічної підтримки.

ВИСНОВКИ

Попри всі зусилля дослідників проблема прогнозування і профілактики суїцидів так і не вирішена остаточно й залишається відкритою для подальшого вивчення. Науковці не відмовляються від будь-яких запропонованих варіантів, вдаються до надзвичайних за своїм розміром досліджень із найрізноманітнішими експериментальними планами.

Дослідження останніх років були спрямованими на визначення культурного, релігійного, історичного (наприклад війни) контексту суїцидів; тривають уточнення соціально-демографічних характеристик суїцидентів і виявлення всього спектра особистісних особливостей, особливостей міжособистісної взаємодії і особливостей, пов'язаних із наявними соматичними та психічними захворюваннями, їх взаємовпливів і типологій у формуванні й розгортанні суїцидальної активності. Уточнюється роль станів у розвитку й реалізації суїцидальної активності (зокрема депресії, переживання болю, психічних страждань), їх сприйняття. Значна увага приділяється питанням горювання і ПТСР у тих, хто пережив суїцид.

Серед методів аналізу емпіричних даних використовуються клінічні, що передбачають опис окремих випадків на основі професійного досвіду, контент-аналіз (наприклад, передсмертних записок, як паперових, так і повідомлень у СМС та Інтернеті), а також і надзвичайно складний статистичний аналіз, який дозволяє виявити взаємні впливи окремих змінних або стабілізувати окремі змінні, аби виявити вплив інших факторів, визначити посередників, що пом'якшують чи підсилюють впливи змінних, виявити генералізовані фактори. Широко використовується метааналіз як узагальнення досліджень за останнє десятиріччя і досліджень, здійснених у різних країнах.

Сучасні дослідження, присвячені профілактиці самогубств, ведуться в кількох напрямках. По-перше, на основі проведених досліджень факторів суїцидального ризику та антисуїцидальних факторів розробляються нові підходи здійснення профілактики (частково цей напрям уже розглянуто вище); по-друге, проводяться дослідження, в яких порівнюється ефективність заходів профілактики і допомоги, що ґрунтуються на різних теоретичних підходах; по-третє, аналізуються заходи, котрі довели свою ефективність на практиці, але не визначено, як саме реалізуються механізми, що мають антисуїцидальний ефект.

Процедура кластерного аналізу дозволила групи, виділені за фазами суїцидальної активності, розділити на щільні підгрупи на основі узагальнення їх особистісних особливостей.

Перший тип позначено як демонстративно-залежний, основною характеристикою якого є ускладнення взаємодії із зовнішнім світом стосунками зі значущим іншим. Така структура свідомості особистості призводить до виснаження, зниження адекватності реагування на актуальну ситуацію, нестійкість самоствалення тощо, що в екстремальних умовах посилює кризу невідповідності, відчуття провини, нікчемності.

Основними характеристиками першого підтипу є виражена акцентуованість особистості в осіб, які, потрапивши в особливі (екстремальні) умови, практично миттєво накопичують досвід власної невідповідності ситуації та негативні оцінки на свою адресу з боку значущих інших. Навіть почувачись розгубленими, вони не звертаються по допомогу. Цей тип стало можливим виділити в період початку бойових дій у країні (2014–2016 рр.), коли зростає чисельність військовослужбовців з обмеженою професійною придатністю і недостатньою професійною підготовленістю, у тому числі й до участі в бойових діях.

Представники другого підтипу, які мали можливість і час для пристосування до військової служби, досить точно переймають зовнішню манеру поведінки військовослужбовців (визначити цей тип стало можливим у другий період (2017–2019 рр.) зростання суїцидів серед військовослужбовців). Проте жорсткі фільтри військового колективу посилюють у них риси залежності й нездатності відпускати ситуацію, заборону пережити тривожно-боязкий спектр емоцій із приводу виконуваної професійної діяльності. Крім того, що це є ще одним кроком до суїциду й формування інших (наприклад, алкогольної) залежностей, це ускладнює їх виявлення за допомогою психодіагностичного інструментарію, заснованого на самозвіті. Самі вони також не звертаються по допомогу, до кінця відіграють роль “справжнього” військовослужбовця. Представники цього підтипу можуть досить тривалий час накопичувати негативні переживання з приводу власної невідповідності, можливим залишається розвиток гострої кризи, наприклад, через втрату значущого іншого. Учинення суїциду в переважній більшості здійснюється на фоні алкогольного сп'яніння. Суїцид досить часто позиціонується як прояв мужності, тому зазвичай його спосіб (множинні поранення внаслідок падіння з висоти, потрапляння під потяг, самостріл) є вітальним. Сформовані псевдовольові якості також передбачають доведення до завершення суїцидальних спроб.

Визначальними характеристиками другого типу, позначеного як астено-депресивний, є виснаженість, демотивованість, звуження життєвих перспектив, негативний фон настрою.

У першого підтипу другого типу ці характеристики зумовлені певною конституційною слабкістю: такими характеристиками нервової системи, як низький темп, низька активність та інтровертованість, що навіть за незначного ускладнення ситуації (насамперед коли йдеться про виражені фізичні та психічні навантаження і швидкоплинність подій, які потребують швидкого реагування й фізичних сил, помножені на нездатність адекватно просити і приймати допомогу) призводять до значного виснаження, накопичення негативних самооцінок на свою адресу і, як наслідок, до формування астено-депресивної симптоматики. Звуження мотивації, цільової і смислової саморегуляції, перспектив життя є похідними від конституційної слабкості людини. Особи з такими характеристиками нездатні пройти професійний психологічний відбір на військову службу за контрактом. Крім того, вони навряд чи прагнуть до такого роду діяльності, проте можуть бути серед

військовослужбовців строкової служби та мобілізованих (стало можливим виділити в період 2014–2019 рр., бо з'явилася категорія військовослужбовців за мобілізацією та жорсткішими стали умови відтермінування чи звільнення від проходження строкової служби). Цей тип не схильний здійснювати суїцид у стані алкогольного сп'яніння (під дією алкоголю вони не здатні до активних дій). Можливі демонстративні спроби для полегшення свого стану (щоб їх пожаліли, зменшили навантаження), прикладом такої поведінки є іпохондричні прояви, уникнення службового навантаження. Можливі спроби суїциду в період очікування тяжких подій (аби запобігти гнітючим депресивним переживанням).

До другого підтипу віднесено військовослужбовців, які виснажилися внаслідок тривале виконання службово-бойових обов'язків у складних умовах (екстремальних, бойових та монотонних, які вимагають значних фізичних зусиль). Якщо для першого підтипу характерна недорозвиненість мотиваційно-сислової сфери внаслідок конституційної слабкості і несформованої в дитячо-юнацькому віці життєстійкості, то для другого підтипу – редукція мотиваційно-сислової сфери, втрата сенсу життєдіяльності через фізичне виснаження, професійне вигорання, розчарування. Можна також припустити, що у представників другого підтипу ще до участі в екстремальних умовах міг бути якийсь дефект розвитку особистості, який обмежував їм доступ до додаткових зовнішніх ресурсів (підтримка родини, товаришів по службі), дефект розвитку сислової сфери (егоїзм, індивідуалізм, несформований патріотизм тощо). Цю редукцію, дефект у частині випадків може посилити набута алкогольна залежність через “традицію” в деяких військових колективах знімати стрес алкоголем, але в цьому випадку суїцид можливий за збереження (до стадії втрати) критичності самосприйняття (і, ймовірно, у тверезому стані). Навіть без сформованої алкогольної залежності вживання спиртних напоїв посилює депресивні переживання, що може полегшувати ухвалення рішення про суїцид. Тому в цієї групи вчинення суїциду так чи інакше може бути пов'язаним із вживанням алкоголю. Прогнозуємо, що негативна симптоматика ПТСР, виснаження, демотивація, байдужість суспільства (через звикання до проблем учасників бойових дій) можуть значно збільшити кількість цього підтипу в наступний (післявоєнний) період.

Наявний поділ на періоди суїцидальної активності дозволяє припустити, що виділені типи й підтипи стають суїцидально активними лише в особливих (екстремальних) для адаптації та самореалізації умовах. По суті вони є специфічним варіантом прояву нестійкості до стресу. Тому для розуміння ймовірності вчинення суїциду військовослужбовцем важливе не лише визначення належності до типу, а й визначення ситуації, в якій він перебуває, як кризової – конфліктної, екстремальної з великим ризиком для життя та здоров'я.

Розроблення АПС “Фактор-S” показало доцільність використання п'ятикрокового алгоритму роботи: визначення належності військовослужбовця до суїцидального типу; визначення сприятливості чи несприятливості соціальної ситуації для реалізації негативних рис суїцидально активного типу;

розподіл відповідальності між психологом, лікарем і психіатром відповідно до тяжкості негативної симптоматики, психоемоційного стану у військовослужбовця; визначення рівня сформованості безпосередньо суїцидальної мотивації у військовослужбовця; реалізація й оцінювання ефективності заходів зняття негативної симптоматики.

Відповідно до кожного з цих кроків розроблено необхідне наповнення для АПС “Фактор-S”. Так, для можливості реалізації першого кроку розроблені профілі й укладено психологічні портрети кожного підтипу.

Для реалізації другого кроку укладено “Карту суїцидального ризику”, яка дозволяє оцінити: 1) наявність факторів формування суїцидально активної особистості у військовослужбовця в допризовному віці; 2) наявність дії професійних стрес-факторів; 3) наявність стресової реакції на дію професійних стресорів; 4) сформованість потенційної здатності до скоєння суїциду; 5) наявність антисуїцидальних факторів. Укладено також типові прогнози розвитку суїцидально активності та рекомендації для профілактики і зняття негативної симптоматики відповідно до можливих комбінацій суїцидально активних типів (підтипів) і сприятливості (несприятливості) соціальної ситуації розвитку особистості військовослужбовця. Ці рекомендації по суті є типовим планом здійснення профілактичної роботи з військовослужбовцем, у якого визначено суїцидально активний тип розвитку особистості.

Для реалізації третього кроку здійснено добір психодіагностичних методик, які дозволяють диференціювати клінічний і доклінічний рівень негативної симптоматики ПТСР, інших негативних станів і викривленого розвитку особистості військовослужбовця (“Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій” (військовий варіант) і “Міні-мульти”, що є скороченим варіантом класичного клінічного опитувальника ММРІ).

Для реалізації четвертого кроку в комплекс введено методику ТАТ зі стимульним матеріалом для діагностики суїцидальної мотивації і розроблено відповідну схему психодіагностичної бесіди.

Крім того, для налаштування комплексу здійснено узагальнення матеріалів щодо проведення дебрифінгу з приводу вчинення самогубства військовослужбовцем у військовому підрозділі. Визначено форму його в АПС. За результатами проходження дебрифінгу в АПС крім іншого може вноситися перелік військовослужбовців, які потребують посиленої психологічної уваги, додаткових заходів психологічної допомоги.

АПС “Фактор-S” розроблено як такий, що може працювати з даними інших психодіагностичних комплексів (“Профвідбір_2.1”, “Стрес”). На відміну від них у ньому вирішується завдання збереження стимульних матеріалів, інструкцій і фіксації даних обстежень за допомогою нестандартизованих психодіагностичних методів (бесіди, проєктивні методи) і даних проведення дебрифінгу. Крім того, комплекс дозволяє виставляти необхідну періодичність моніторингових обстежень військовослужбовців, у яких було визначено суїцидально активний тип розвитку особистості.

Профілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців являє собою багаторівневий захід і передбачає загальні і специфічні заходи первинної,

вторинної, третинної психопрофілактичної роботи. Вона є складником загальної психопрофілактичної роботи.

Головний акцент у профілактичній роботі, спрямованій на зниження суїцидальної активності військовослужбовців, пропонується робити на формуванні й відновленні їхньої психологічної суб'єктності – зв'язку між “Я”, мотивацією, діями і почуттями. Ця ідея провідна в наданих загальних рекомендаціях із профілактики суїцидальної активності в процесі здійснення профорієнтаційної роботи, професійного психологічного відбору, професійної загальної і спеціальної підготовки, а також заходів, пов'язаних із подоланням негативних наслідків виконання службово-бойових завдань в екстремальних умовах: декомпресії, дебрифінгу тощо.

Здійснення ефективної психопрофілактичної роботи, спрямованої на зниження суїцидальної активності військовослужбовців, потребує розширення поняття “суб'єкт психопрофілактичної роботи”; викорінення позиції, коли вся відповідальність за самогубство військовослужбовця лягає лише на психолога підрозділу. Суб'єктами профілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців мають бути всі члени військового колективу.

Найбільш сприятлива форма роботи, яка дозволяє здійснювати контроль умов подолання дисбалансу між можливостями особистості і зовнішніми вимогами (вимогами професійної ситуації), для військовослужбовців із суїцидально активним типом особистості – включення їх до ГППУ. Так, у ГППУ є можливість організувати роботу з корекції суїцидально активної особистості, використовуючи як засоби індивідуальної, так і групової роботи. Віднесення до ГППУ дозволяє вирішувати питання зниження тиску професійних стрес-факторів на військовослужбовця (служба без зброї, зменшення інтенсивності службового навантаження, добових нарядів тощо).

Специфічні заходи профілактики суїцидальної активності військовослужбовців у процесі психокорекційної роботи з військовослужбовцями ГППУ залежать від установленого в них типу (підтипу) суїцидальної активності. Зокрема, особам із поліакцентуаціями, з провідною роллю демонстративної акцентуації (підтипи 1.1, 1.2), рекомендовано індивідуальні і групові корекційні заняття, спрямовані на усвідомлення власних сильних сторін особистості й недоліків і побудову нових стилів взаємодії і діяльності, які, відповідаючи характеристикам особи, забезпечать спонтанне, природне для військовослужбовця і прийнятне для його соціального оточення швидке, адекватне ситуації реагування.

Для військовослужбовців, віднесених до підтипу 2.1, поряд із заходами з актуалізації емоційної підтримки і прямої допомоги товаришів по службі, рекомендовано освоєння принципів тайм-менеджменту, які дозволяють раціонально розподіляти наявні ресурси особистості, враховувати як важливість завдань, так і можливість залучення зовнішніх ресурсів. Військовослужбовцям підтипу 2.2, які почуваються виснаженими внаслідок тривалої участі в бойових діях, рекомендований “Тренінг відновлення психологічної безпеки особистості”, який спрямований передусім на відновлення мотивації і зв'язків із своїм близьким оточенням.

Кризова інтервенція може бути як заходом первинної, так і вторинної профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців. У першому випадку вона спрямована на вирішення актуальної кризової ситуації як заходу попередження розгортання суїцидальної мотивації. У другому – на утримання військовослужбовця зі сформованою суїцидальною мотивацією від вчинення самогубства. Хоча заходи кризової інтервенції не вирізняються специфічністю (усі вони передбачають досягнення трьох основних цілей: установлення стосунків довіри, визначення сутності кризової ситуації і забезпечення особи, яка пережила кризу, можливості діяти), відповідальність, яка лягає на психолога в реалізації заходів кризової інтервенції із суїцидально налаштованими військовослужбовцями, гостро ставить питання щодо його кваліфікації, ретельності ведення психологічної документації та наявних заходів супервізії.

Супервізія разом із заходами емоційної підтримки й відпочинком для відновлення емоційної рівноваги і сил має передбачати періодичні зустрічі з колегами для обговорення всіх випадків самогубств і суїцидальних спроб серед військовослужбовців. Цей захід покликаний не лише розділити відповідальність із колегами за вироблення стратегії дій у наданні допомоги суїцидально налаштованому військовослужбовцю, але й підвищує професійну кваліфікацію психологів, дозволяє перейняти унікальний (через рідкість випадків самогубств) досвід.

Неможливість постійно перебувати із суїцидально налаштованим військовослужбовцем у кризовий період робить актуалізує відповідну підготовку оточення військовослужбовця для адекватної реалізації ним психологічної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Большой латинско-русский словарь. URL: <http://linguaeterna.com/vocabula/> (дата звернення: 02.07.2019).
2. Самоубийство // Википедия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата звернення: 02.07.2019).
3. Brown T. Religio Medici, 1643. URL: <http://penelope.uchicago.edu/index.shtml> (дата звернення: 02.07.2019).
4. Платон. Собрание починений. Платон : в 4 т. Т. 4 / Платон ; под общ. ред. Л. Ф. Лосева, В. Ф. Асмуса, А. А. Тахо-Годи. Москва : Мысль, 1994. С. 330.
5. Бозров В. М., Костовская Н. В., Яворский А. А. Криминальный суицид (психолого-психиатрические, уголовно-правовые и процессуально-криминалистические аспекты) : монография. Москва : Юрлитинформ, 2015. С. 30.
6. Савина Д. В. Проблема самоубийства с точки зрения прагматической антропологии И. Канта. *Вестник научных конференций*. Консалтинговая компания «Юком», 2016. № 10–6. С. 154–156.
7. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление. URL: <https://books.google.ru/books> (дата звернення: 02.10.2017).
8. Монтень М. Опыты. Т. 2. Москва : Голос, 1992. С. 22–36.
9. Денисова О. И. Историко-политические аспекты влияния религии и философии на суицидальное поведение человека. *Аллея науки*. 2017. Т. 1. № 10. С. 651–655.
10. Бердяев Н. О самоубийстве. *Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах* / сост. А. Н. Моховиков. Москва : Когито-Центр, 2001. С. 89–112.
11. Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. Москва : Захаров, 2006. С. 24.
12. Литмен Р. Зигмунд Фрейд о самоубийстве. *Журнал практической психологии и психоанализа*, 2003. №. 1. С. 47–64.
13. Лысак И. В. Деструктивная деятельность человека как социокультурный феномен : дисс. ... канд. филос. наук. Таганрог, 1999. С. 38.
14. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд / пер. с фр. А. Н. Ильинского ; под ред. В. А. Базарова. Санкт-Петербург, 1912. С. 53.
15. Шнейдман Э. С. Душа самоубийцы : пер. с англ. Москва : Смысл, 2001. С. 65.
16. Stengel E. Suicide and attempted suicide. London : Penguin Books, 1967. P. 24.
17. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология. Москва : Миклош, 2008. С. 200.
18. Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С. Предупреждение самоубийств. Москва : Изд-во Академии МВД СССР, 1980. С. 12.
19. Вагин Ю. Р., Трегубов Л. З. Эстетика самоубийства. Пермь : КАПИК, 1993. С. 230.

20. Громов И. А., Мацкевич И. А., Семенов В. А. Западная социология. Санкт-Петербург : Изд-во ДНК, 2003. С. 532.
21. Гишинский Я. И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и др. “отклонений”. Санкт-Петербург : Юрид. центр Пресс, 2004. С. 22.
22. Шустов Д. И. Аутоагрессивность и иллюзия бессмертия. *Журнал практической психологии и психоанализа*. 2005. № 1. С. 3–6.
23. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. *Актуальные проблемы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии* / отв. ред. А. А. Портнов. Т. 82. Москва, 1978. С. 6–28.
24. Ефремов В. С. Указ. соч. Основы суицидологии. Санкт-Петербург : Диалект, 2004. С. 50–106.
25. Глоссарий суицидологических терминов. URL: <https://vocabulary.ru/slovari/glossarii-suicidologicheskikh-terminov.html> (дата звернения: 02.07.2019).
26. Пучнина М. Ю. Криминальный суицид: понятие и сущность. *Современное российское право: взаимодействие науки, нормотворчества и практики* // XIII Международная научно-практическая конференция (Кутафинские чтения): в 3 ч. Москва : Проспект, 2018. С. 515–519.
27. Бородин С. В., Михлин А. С. Мотивы и причины самоубийств. Москва : Знание, 1998. 390 с.
28. Бозров В. М., Костовская Н. В., Яворский А. А. Криминальный суицид (психолого-психиатрические, уголовно-правовые и процессуально-криминалистические аспекты). Москва : Юрлитинформ, 2015. 224 с.
29. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Москва : Когито-Центр, 2001. 569 с.
30. Юнацкевич П. И., Гишинский Я. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии : учеб. пособие. Санкт-Петербург, 1999. 338 с.
31. Актуальные проблемы суицидологии. *Сб. трудов Моск. НИИ психиатрии*. Москва, 1981. Т. 92. 264 с.
32. Гишинский Я. И. Самоубийство как социальное явление. *Проблемы борьбы с девиантным поведением*. Москва : ИС АН СССР, 1989. С. 44–68.
33. Юнацкевич П. И., Гишинский Я. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии : учеб. пособие. Санкт-Петербург, 1999. 338 с.
34. Осетрова О. А. Феномен суицида в истории западноевропейской философии : монография. Київ : Вища освіта, 2007. 351 с.
35. Москалец В. П. Психологія суїциду. Київ – Івано-Франківськ : Плай, 2002. 260 с.
36. Рибалка В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. Київ : Шк. світ, 2009. 128 с.
37. Шавровська Н. Суїцид як соціально-психологічний феномен. *Психолог*. 2002. № 38–39. С. 46.

38. Романовська Д., Собкова Г. Робота з підлітками, схильними до суїциду. *Психолог*. 2006. № 15. С. 26–30.

39. Сироватко О. М., Гриценко Л. І., Городнова Н. М. та ін. З досвіду роботи регіональних психологічних служб із формування здорового способу життя в учнівській молоді : метод. посіб. Київ : Ніка-Центр, 2008. 124 с.

40. Цушко І. І. Профілактика суїцидальної поведінки серед дітей та учнівської молоді. *Практична психологія та соціальна робота*. 2001. № 7. С. 46–47.

41. Глушкова Т. О. Профілактика суїцидів у військових частинах. Методика роботи у військових частинах України щодо вивчення та профілактики суїцидальних явищ серед військовослужбовців. *Практична психологія та соціальна робота*. 2000. № 2. С. 27–29.

42. Тімченко О. В. Аутоагресивна поведінка працівників органів внутрішніх справ України: соціально-психологічні детермінанти виникнення, методи превенції та профілактики : монографія. Донецьк : ДІВС, 2003.

43. Суліцький В. В. Наукові основи методики викладання навчальної дисципліни “Психологія суїцидальної поведінки” : навч.-метод. посіб. Київ : КІВС КРАКОС, 2000. 198 с.

44. Пурло Е. Ю. Опыт применения интегративной психотерапии как способ превенции суицида. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 9. С. 31–42.

45. Вашека Т. В. Використання проєктивних методик з метою діагностики суїцидальних тенденцій у підлітків. *Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка*. Київ : ВПЦ “Київ. ун-т”, 2005. № 22–23. С. 33–36.

46. Матиос А. За время проведения АТО самоубийство совершили более 800 военных. [Электронный ресурс]. URL: <https://ru.tsn.ua/ato/za-vremya-provedeniya-ato-samoubiystvo-sovershili-bolee-800-voennyh-matios-1336203.html> (дата звернення: 02.08.2019).

47. Найдьонова Л. А., Заріцька Н. М. Проблема впливу медіа на суїцид: еволюція пояснювальних моделей і українські реалії. *Український психологічний журнал : збірник наукових праць* Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Київ, 2019. № 1 (11). С. 141–161.

48. Barbara L. Pitts PhD Julia M. Whealin PhD Jackson Kato BS. Risk Factors for Suicidal Behavior Depend on Age for Veterans in the Pacific Islands. First published: 07 August 2017 <https://doi.org/10.1111/sltb.12376>.

49. Raymond P. Tucker PhD Rylan J. Testa PhD Mark A. Reger PhD Tracy L. Simpson PhD Jillian C. Shipherd PhD Keren Lehavot PhD. Current and Military-Specific Gender Minority Stress Factors and Their Relationship with Suicide Ideation in Transgender Veterans. First published: 12 January 2018 <https://doi.org/10.1111/sltb.12432>.

50. Blow, Adrian J., Adam Farero, Dara Ganoczy, Heather Walters, Marcia Valenstein. «Intimate Relationships Buffer Suicidality in National Guard Service Members: A Longitudinal Study». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1523–40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12537>.

51. DeBeer, Bryann B., Eric C. Meyer, Nathan A. Kimbrel, Julie A. Kittel, Suzy B. Gulliver, Sandra B. Morissette. «Psychological Inflexibility Predicts of Suicidal Ideation Over Time in Veterans of the Conflicts in Iraq and Afghanistan». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 48, 6 (2018): 627–41. <https://doi.org/10.1111/sltb.12388>.
52. Start, Amanda R., Yvonne Allard, Amy Adler, Robin Toblin. «Predicting Suicide Ideation in the Military: The Independent Role of Aggression». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 2 (2019): 444–54. <https://doi.org/10.1111/sltb.12445>.
53. Usacheva E., Serebrovskaya O., Smirnov I., Pankova O., Beszmenov P., Vyaltceva I., Romanova O. Usacheva E. The clinico-psychological aspects of suicidal behavior of the children and adolescents. *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*. Volume № 3 (21), 2015. P. 56–67.
54. Martin, Jeffery S., Laura A. Novak, Kanchana Perera, Cara H. Olsen, Michael T. Kindt, Jessica M. LaCroix, Layne Bennion, Su Yeon Lee-Tauler, Marjan Ghahramanlou-Holloway. «Suicide Typologies in the United States Air Force: A Hierarchical Cluster Analysis». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1707–20. <https://doi.org/10.1111/sltb.12553>.
55. Poindexter, Erin K., Sarra Nazem, Sean M. Barnes, Trisha A. Hostetter, Phillip N. Smith. «Veteran Participation in Intensive Suicide Research Protocols: No Evidence of Iatrogenic Effects». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 1 (2019): 303–9. <https://doi.org/10.1111/sltb.12444>.
56. Salayev R. Suicide: causes and prevention / Salayev R. // *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*. 2016. Vol. 7, № 3. P. 398–403.
57. Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 184 с.
58. Yuryeva L., Pyliagina G., Yuryev A. Gender and Regional Dynamics of Suicide Rate in Ukraine during Military Conflict. *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*. 2019. Vol. 10, № 1. P. 69–77.
59. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. та ін. Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України : метод. рекомендації. Харків : НА НГУ, 2016. 118 с.
60. Ovcharova L., Movchan A. Technologies of social work with persons easy to succid REPORTER OF THE PRIAZOVSKYI STATE TECHNICAL NIVERSITY Section. *Socially-humanitarian sciences and public administration*. 2018. Issue № 1. P. 119–122.
61. Юрьева Л. Н., Юрьев А. Е. Динамика суицидальной смертности в Украине. *Український вісник психоневрології*. Т. 20. Вип. 3 (72), 2012. С. 239.
62. Дюркгейм Э. Самоубийство. *Социологический этюд* / пер. с фр. с сокр. ; под ред. В. А. Базарова. Москва : Мысль, 1994. 399 с.
63. Ладик-Бризгалова А. К. Посттравматичні психічні порушення та суїцидальна поведінка в учасників бойових дій. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 4/1 (41). С. 44–49.
64. Аствацатуров М. И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы. *Военно-мед. журнал*. 1912, Сент. Т. ССXXXV. С. 68–88.

65. Кабанова М. А. Особенности суицидального поведения сотрудников УИС. Проблемы теории и практики современной психологии : мат-лы XVIII Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Иркутск, 26–27 апр. 2019 г. / ФГБОУ ВО “ИГУ”. Электрон. текст. дан. Иркутск : Изд-во ИГУ, 2019.
66. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Чита: Изд-во “Иван Федоров”, 2008. 178 с.
67. Днов К. В., Рудой И. С., Нечипоренко В. В. Суицидальное поведение в вооруженных силах зарубежных стран. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2012. № 2. С. 24.
68. Днов К. В., Рудой И. С., Нечипоренко В. В. Суицидальное поведение в вооруженных силах зарубежных стран. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2012. № 2. С. 24.
69. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. Москва : Когито-Центр, 2005. С. 335.
70. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / пер. с фр. с сокр.; под ред. В. А. Базарова. Москва : Мысль, 1994. 399 с.
71. Бровчук О. В., Князев В. Л. Суицид и деструктивные организации. Реформирование МВД России и проблемы повышения учетно-регистрационной дисциплины в органах внутренних дел : материалы межвуз. науч.-практ. конф. профессорско-преподавательского состава. Орел, 2002. 186 с.
72. Харабет К. В. Суицидальное поведение как форма девиантного поведения военнослужащих. *Право в вооруженных силах*. Москва, 2003. № 2. С. 13–14.
73. Loh Jules. The Man with a Gun is a Cop; The Gun is in His mouth. *The Oregonian*. 1994. January 30. P. A24.
74. Magazine des Officiers de police “Nouvelle Police”. 2007. № 291.
75. Gagne R. M. *The Conditions of Learning* IR. N. Y., 1977.
76. Davies I. K. *Objectives in Curriculum Design* 11. N. Y., 1976 .
77. Виск, А.Т. *Cognitive Therapy and emotional disorders* I. N.Y., 1976.
78. Gagne R. M. *The Conditions of Learning* IR.. N. Y., 1977.
79. Гергей М. Брошури про самогубства. Будапешт, 1972. С. 19–27.
80. Голуб М. Т. Взаимовлияние патологического влечения к алкоголю и суицидального поведения : автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 1993. 23 с.
81. Громаковский А. Беседа к молодым воинам перед приведением к присяге, после окончания 4-месячных курсов просвещения. *Вестник военного духовенства*. 1891. № 10. С. 12–15.
82. Келих В. Р. Усовершенствование коммуникативной компетентности сотрудников органов внутренних дел в системе повышения квалификации : автореф. дисс. канд. ... пед. наук. Санкт-Петербург, 1998. 21 с.
83. Профилактика суицидального поведения среди контингента больных психоневрологического диспансера : метод. рекомендации. Москва, 1986. 14 с.

84. Хальзев В. И. Акмеологические основы конфликтологии. Санкт-Петербург, 1994. 288 с.
85. Короленко Ц., Галин А. К вопросу о выделении больных с повышенным суицидальным риском по психологическим критериям. Москва, 1978. 68 с.
86. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства. *Соціальний захист і клінічна психіатрія*. 1997. № 4. С. 12–22.
87. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. Москва : Наука, 1966. 376 с.
88. Конончук И. В. О психологическом смысле суицидов. *Психологический журнал*. 1989. № 5. С. 95–102.
89. Davies I. K. Objectives in Curriculum Design 1. N. Y., 1976.
90. Войцехович Б. А., Редько А.Н. Пусть умирает тот, кто не хочет жить: медико-социальный взгляд на проблему самоубийств. *Кубан. науч. мед. вестн.*, 1994. 149 с.
91. Комплексные исследования в суицидологии : сб. науч. тр. / Московский НИИ психиатрии. Москва, 1986. 218 с.
92. Новый иллюстрированный энциклопедический словарь / ред. кол. : В. И. Бородулин, А. П. Горкин, А. А. Гусев, Н. М. Ланда и др. Москва : Большая российская энциклопедия, 2001. 912 с.
93. Pfeffer C R. The Suicidal Child I. Guilford Press, N. Y., 1986.
94. Powell B. Suicide epidemic in offices corps ... II News Week. January 20, 1996.
95. Тихоненко В. А. Покушения на самоубийство и их профилактика : дисс. ... д-ра мед. наук. Москва, 1981. 376 с.
96. Бойко И. Б. Самоубийство и его предупреждение. Рязань, 1997. 303 с.
97. Бруханський Н. П. Самогубство. Львів, 1927. 156 с .
98. Редько А. И. Самоубийство как социально-гигиеническая проблема : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1992. 18 с.
99. Тихоненко В. А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 1998. № 3. С. 21–24.
100. Хрестоматія з суїцидології. Київ, 1996. 216 с.
101. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями : метод. рекомендации / сост. М. В. Бехтерева. Ленинград, 1983. 17 с.
102. Личко А. Е. Психопат и акцентуации характера у подростков. Ленинград : Медицина, 1983. 208 с.
103. Моховиков А. Н. Суицидология: прошлое и современность. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Москва : Когито-Центр, 2001. 569 с.
104. Дюркгейм Е. Самоубийство: социологический этюд. Москва : Мысль, 1994. 399 с.
105. Амбрумова А. Г., Постовалова Л. И. Мотивы самоубийств. Социс, 1987. № 6. С. 23–34.

106. Миняйло В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. Москва : Смысл, 2002. 125 с.
107. Голуб М. Т. Взаимовлияние патологического влечения к алкоголю и суицидальному поведению : автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 1993. 23 с.
108. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике : метод. рекомендации / сост. А. Г. Амбрумова, А. М. Полеев. Москва, 1986. 169 с.
109. Попов Е. Страшная судьба самоубийцы. Пермь, 1886. 92 с.
110. Pfeffer C R. The Suicidal Child IC R. Pfeffer. Guilford Press, N. Y., 1986.
111. Shneidman E. Definition of Suicide IE. Shneidman. Jason Aronson Inc., 1994.
112. Боечко А. В. Суицидальное поведение военнослужащих. Москва, 1995. С. 142–190.
113. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. *Суицидология, прошлое и настоящее*. Когито-центр, 2001, С. 270–352.
114. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. *Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов; психотерапевтов и в художественных текстах*. Москва : Смысл, 2001. С. 270–352.
115. Louis-Paul Astraud, Jeffrey A. Bridge & Fabrice Jollant Thirty Years of Publications in Suicidology: A Bibliometric Analysis Archives of Suicide Research Published online: 01 Apr 2020. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1746944>.
116. Kyna Pak, Kelly E. Ferreira & Marjan Ghahramanlou-Holloway Suicide Postvention for the United States Military: Literature Review, Conceptual Model, and Recommendations Archives of Suicide Research, Vol. 23, 2019. Issue 2. P. 179–202. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1428704>.
117. Smith JA, Doidge M, Hanoa R, Frueh BC. A Historical Examination of Military Records of US Army Suicide, 1819 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(12):e1917448. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2019.17448.
118. Gerd-Dieter Willmund, Henriette Waechter, Christian Helms, Ulrich Wesemann, Julius Heß, Anja Seiffert, Darren Bambridge, Peter Lutz Zimmermann & Hubertus Himmerich (2019) German research perspectives on suicidality and the rationale for future multinational suicide prevention projects among military service personnel, *International Review of Psychiatry*, 31:1, 60–74, DOI: 10.1080/09540261.2019.1581146.
119. Bryce E. Stoliker, Simon N. Verdun-Jones & Adam D. Vaughan (2020) Psychological and Sociological Perspectives on Suicide: A Multi-Level Examination of Suicidal Thoughts and Attempted Suicide among Prisoners, *Archives of Suicide Research*. DOI: 10.1080/13811118.2020.1738294.
120. Hjelmeland, Heidi, и Birthe Loa Knizek. «The emperor's new clothes? A critical look at the interpersonal theory of suicide». *Death Studies* 44, вып. 3 (2020): 168–78. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1527796>.

121. Wolford-Clevenger, C., Stuart, G.L., Elledge, L.C., McNulty, J.K. and Spirito, A. (2020). Proximal Correlates of Suicidal Ideation and Behaviors: A Test of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 50: 249–262. DOI:10.1111/sltb.12585.

122. Dhingra, K., Mitchell, S.M., Davies, B., Anestis, M.D. and Anestis, J.C. (2020). Suicide Ideation Among Male Prisoners: Preliminary Evidence That Psychopathic Traits are Indirectly Linked to Suicide Ideation Through Thwarted Interpersonal Needs. *Suicide Life Threat Behav*, 50: 823–837. DOI:10.1111/sltb.12632.

123. Marraccini, Marisa E., Leslie A. Brick, J. Conor O’Neill, Lisa L. Weyandt, Ashley L. Buchanan. «Self-Injurious Thoughts and Behaviors Among College Students: A Latent Class Analysis». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–20. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1746942>.

124. Pérez, S., Ros, M.C., Folgado, J.E.L. and Marco, J.H. (2019). Non-suicidal Self-injury Differentiates Suicide Ideators and Attempters and Predicts Future Suicide Attempts in Patients with Eating Disorders. *Suicide Life Threat Behav*, 49: 1220–1231. DOI:10.1111/sltb.12521.

125. Yaxuan Ren, Jianing You, Xu Zhang, Jiyi Huang, Bradley T. Conner, Rui Sun, Sian Xu & Min-Pei Lin (2019). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: The Role of Capability for Suicide, *Archives of Suicide Research*, 23:1, 64–81, DOI: 10.1080/13811118.2018.1426507.

126. Olivia D. Chang, Madeleine M. Batra, Vidhya Premkumar, Edward C. Chang & Jameson K. Hirsch (2020). Future orientation, depression, suicidality, and interpersonal needs in primary care outpatients, *Death Studies*, 44:2, 98–104, DOI: 10.1080/07481187.2018.1522389.

127. Wagshul YD. Effect of External Locus-of-Hope on Acquired Capability for Suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2019 Dec;49(6): 1541–1551. DOI: 10.1111/sltb.12539. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30561024.

128. Riley, K. and McLaren, S. (2019). Relationship Status and Suicidal Behavior in Gay Men: The Role of Thwarted Belongingness and Hope. *Suicide Life Threat Behav*, 49: 1452–1462. DOI:10.1111/sltb.12532.

129. Claire N. Bryson, Robert J. Cramer & Adam T. Schmidt (2019). Need for Affect, Interpersonal Psychological Theory of Suicide, and Suicide Proneness, *Archives of Suicide Research*, 23:4, 634–647. DOI: 10.1080/13811118.2018.1494650.

130. Hasking, Penelope, Mark E Boyes, Amy Finlay-Jones, Peter M. McEvoy, Clare S. Rees. «Common Pathways to NSSI and Suicide Ideation: The Roles of Rumination and Self-Compassion». *Archives of Suicide Research* 23, 2 (2019): 247–60. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1468836>.

131. Horwitz, Adam G., Ewa K. Czyz, Johnny Berona, Cheryl A. King. «Rumination, Brooding, and Reflection: Prospective Associations with Suicide Ideation and Suicide Attempts». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1085–93. <https://doi.org/10.1111/sltb.12507>.

132. Pallini, Susanna, Arianna Terrinoni, Sara Iannello, Rita Cerutti, Mauro Ferrara, Fiorella Fantini, Fiorenzo Laghi. «Attachment-Related Representations and

Suicidal Ideations in Nonsuicidal Self-Injury Adolescents with and without Suicide Attempts: A Pilot Study». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 4 (2020): 909–20. <https://doi.org/10.1111/sltb.12633>.

133. Palmer, Colin, Charlotte Connor, Sunita Channa, Anna Lavis, Newman Leung, Nick Parsons, Max Birchwood. «The Development of First-Episode Direct Self-Injurious Behavior and Association with Difficulties in Emotional Regulation in Adolescence». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1266–80. <https://doi.org/10.1111/sltb.12512>.

134. Baer, Margaret M., Jessica M. LaCroix, Joy C. Browne, Helena O. Hassen, Kanchana U. Perera, Jennifer Weaver, Alyssa Soumoff, Marjan Ghahramanlou-Holloway. «Lack of Emotional Awareness is Associated with Thwarted Belongingness and Acquired Capability for Suicide in a Military Psychiatric Inpatient Sample». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1395–1411. <https://doi.org/10.1111/sltb.12530>.

135. Eaddy, Michael, Lucas Zullo, Sarah E. Horton, Jennifer L. Hughes, Betsy Kennard, Andrew Diederich, Graham J. Emslie, Lisa Schuster, Sunita M. Stewart. «A Theory-Driven Investigation of the Association Between Emotion Dysregulation and Suicide Risk in a Clinical Adolescent Sample». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 928–40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12472>.

136. Sorgi, Kristen M., Brooke A. Ammerman, Joey C. Cheung, Martha K. Fahlgren, Alexander A. Puhalla, Michael S. McCloskey. «Relationships between Non-Suicidal Self-Injury and Other Maladaptive Behaviors: Beyond Difficulties in Emotion Regulation». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–22. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1715906>.

137. Chesin, Megan, Michele Cascardi. «Cognitive-Affective Correlates of Suicide Ideation and Attempt: Mindfulness is Negatively Associated with Suicide Attempt History but not State Suicidality». *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 428–39. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480984>.

138. Abdel Hamid, Ahmed A. L., Mohamed Nasreldin, Sherif M. Gohar, Alia A. Saleh, Mennat-Allah Tarek. «Sexual and Religious Obsessions in Relation to Suicidal Ideation in Bipolar Disorder». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1552–59. <https://doi.org/10.1111/sltb.12540>.

139. Bryan, Craig J., M. David Rudd. «Demographic and Diagnostic Differences Among Suicide Ideators, Single Attempters, and Multiple Attempters Among Military Personnel and Veterans Receiving Outpatient Mental Health Care». *Military Behavioral Health* 3, 4 (2015): 289–95. <https://doi.org/10.1080/21635781.2015.1093978>.

140. Stefa-Missagli, Stefan, Human-Friedrich Unterrainer, Giancarlo Giupponi, Sandra-Johanna Holasek, Hans-Peter Kapfhammer, Andreas Conca, Michela Sarlo. «Suicide and Personality Traits: A Multicenter Study of Austrian and Italian Psychiatric Patients and Students». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 220–32. <https://doi.org/10.1111/sltb.12579>.

141. Handley, Elizabeth D., Tangeria R. Adams, Jody Todd Manly, Dante Cicchetti, Sheree L. Toth. «Mother–Daughter Interpersonal Processes Underlying the Association Between Child Maltreatment and Adolescent Suicide Ideation». *Suicide*

and *Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1232–40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12522>.

142. Coryell, William, Jess Fiedorowicz, David Solomon, Jean Endicott, Martin Keller. «Anxiety Symptom Severity and Long-term Risk for Suicidal Behavior in Depressive Disorders». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1621–29. <https://doi.org/10.1111/sltb.12555>.

143. Yaseen, Zimri S., Nicolette Molina, Mariah Hawes, Shira Barzilay, Igor Galynker. «Suicide Risk and Emotional Responses to Thoughts of Death: The Response to Morbid Ideations Questionnaire». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1209–19. <https://doi.org/10.1111/sltb.12520>.

144. Becker, Gideon, Israel Orbach, Mario Mikulincer, Maya Iohan, Eva Gilboa-Schechtman, Ariella Grossman-Giron. «Reexamining the Mental Pain–Suicidality Link in Adolescence: The Role of Tolerance for Mental Pain». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1072–84. <https://doi.org/10.1111/sltb.12506>.

145. Yang, Li, Xinchun Liu, Wei Chen, Ling Li. «A Test of the Three-Step Theory of Suicide among Chinese People: A Study Based on the Ideation-to-Action Framework». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 648–61. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1497563>.

146. Uğur, Kerim, Mehmet Emin Demirkol, Lut Tamam. «The Mediating Roles of Psychological Pain and Dream Anxiety in the Relationship between Sleep Disturbance and Suicide». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–17. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1740124>.

147. Krafft, Jennifer, E. Tish Hicks, Sallie A. Mack, Michael E. Levin. «Psychological Inflexibility Predicts Suicidality Over Time in College Students». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1488–96. <https://doi.org/10.1111/sltb.12533>.

148. Caulfield, Nicole M., Peter M. Gutierrez, Katherine Anne Comtois, Lora L. Johnson, Stephen S. O'Connor, David A. Jobes. «Exploring the Content of Suicidality among Military Personnel and Veterans». *Military Behavioral Health* 8, 1 (2020): 1–10. <https://doi.org/10.1080/21635781.2019.1611509>.

149. Cerel, Julie, Blake Jones, Melissa Brown, David A. Weisenhorn, Kyra Patel. «Suicide Exposure in Law Enforcement Officers». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1281–89. <https://doi.org/10.1111/sltb.12516>.

150. Melanie A. Homa, Ian H. Stanley, Peter M. Gutierrezbc, Thomas E. Joiner Exploring the association between exposure to suicide and suicide risk among military service members and veterans *Journal of Affective Disorders Volume 207*, 1 January 2017. P. 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.043>

151. Jordan, Joshua T., Kristin W. Samuelson, Quyen Q. Tiet. «Impulsivity, Painful and Provocative Events, and Suicide Intent: Testing the Interpersonal Theory of Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1187–95. <https://doi.org/10.1111/sltb.12518>.

152. Streeb, Nicole, Kotaro Shoji, Charles C. Benight. «The Capability for Suicide in Firefighters». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 980–95. <https://doi.org/10.1111/sltb.12500>.

153. Blow, Adrian J., Adam Farero, Dara Ganoczy, Heather Walters, Marcia Valenstein. «Intimate Relationships Buffer Suicidality in National Guard Service Members: A Longitudinal Study». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1523–40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12537>.

154. Wrath, Andrew J., G. Camelia Adams. «Self-Injurious Behaviors and Adult Attachment: A Review of the Literature». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 527–50. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486251>.

155. Bauer, Brian W., Rachel L. Martin, Nicholas P. Allan, Erin L. Fink-Miller, Daniel W. Capron. «An Investigation into the Acquired Capability for Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1105–18. <https://doi.org/10.1111/sltb.12502>.

156. Velkoff, Elizabeth A., April R. Smith. «Examining Patterns of Change in the Acquired Capability for Suicide Among Eating Disorder Patients». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1032–43. <https://doi.org/10.1111/sltb.12505>.

157. Spangenberg, Lena, Heide Glaesmer, Nina Hallensleben, Dajana Rath, Thomas Forkmann. «(In)stability of Capability for Suicide in Psychiatric Inpatients: Longitudinal Assessment Using Ecological Momentary Assessments». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1560–72. <https://doi.org/10.1111/sltb.12547>.

158. Willmund, Gerd-Dieter, Julius Heß, Christian Helms, Florian Wertenaue, Anja Seiffert, Almut Nolte, Ulrich Wesemann, Peter L. Zimmermann. «Suicides between 2010 and 2014 in the German Armed Forces—Comparison of Suicide Registry Data and a German Armed Forces Survey». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1497–1509. <https://doi.org/10.1111/sltb.12534>.

159. DeCou, Christopher R., Jin Wang, Fredrick P. Rivara, Ali Rowhani-Rahbar. «Intentional Injury and the Risk of Subsequent Hospitalization for Attempted Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1119–23. <https://doi.org/10.1111/sltb.12494>.

160. Westermair, Anna Lisa, Nico Matzkeit, Annika Waldmann, Felix Stang, Peter Mailänder, Ulrich Schweiger, Tobias Kisch. «Traumatizing Oneself—Deep Wrist Injuries Self-Inflicted with Suicidal Intention are Associated with More Severe PTSD Symptomatology than Similar Injuries from Accidents». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 4 (2020): 856–66. <https://doi.org/10.1111/sltb.12630>.

161. O'Donnell, Julie, Joseph Logan, Robert Bossarte. «Ten-Year Trend and Correlates of Reported Posttraumatic Stress Disorder among Young Male Veteran Suicide Decedents—Results from the National Violent Death Reporting System, 16 U.S. States, 2005–2014». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1473–87. <https://doi.org/10.1111/sltb.12536>.

162. Martin, Rachel L., Brian W. Bauer, Kathleen L. Ramsey, Bradley A. Green, Daniel W. Capron, Michael D. Anestis. «How Distress Tolerance Mediates the Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and the Interpersonal Theory of Suicide Constructs in a U.S. Military Sample». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1318–31. <https://doi.org/10.1111/sltb.12523>.

163. Padoan, Carolina Stopinski, Taiane de Azevedo Cardoso, Murilo Martini, Clarisse de Azambuja Farias, Julia Camargo Contessa, Pedro Vieira da Silva Magalhães. «Case report on the multiple pathways to posttraumatic stress disorder

following suicide». *Death Studies* 44, 6 (2020): 384–91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1572675>.

164. Kamali, Masoud, Erika F. H. Saunders, Shervin Assari, Kelly A. Ryan, David F. Marshall, Melvin G. McInnis. «Mood, Dimensional Personality, and Suicidality in a Longitudinal Sample of Patients with Bipolar Disorder and Controls». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1360–78. <https://doi.org/10.1111/sltb.12529>.

165. Landrault, H el ene, Nemat Jaafari, Mohamed Amine, Gabriel Malka, Leila Selimbegovi c, Armand Chatard. «Suicidal Ideation in Elite Schools: A Test of the Interpersonal Theory and the Escape Theory of Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 201–10. <https://doi.org/10.1111/sltb.12578>.

166. Roeder, Kathryn M., David A. Cole. «Simultaneous Longitudinal Examination of Hopelessness, Thwarted Belongingness, and Perceived Burdensomeness as Predictors of Suicide Ideation». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1058–71. <https://doi.org/10.1111/sltb.12508>.

167. Li, Xiaolan, Yaxuan Ren, Xu Zhang, Jiazhi Zhou, Binyuan Su, Sihan Liu, Huisi Cai, Jiaqi Liu, Jianing You. «Testing the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior in Chinese Adolescents». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–17. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690607>.

168. Del-Monte, Jonathan, Perluigi Graziani. «Anticipatory, Relief-Oriented and Permissive Beliefs in Patients with Suicidal Behaviors: An Exploratory Case-Control Study». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1738969>.

169. Bell, Tyler Reed, Jennifer Langhinrichsen-Rohling, Candice N. Selwyn. «Conservation of resources and suicide proneness after oilrig disaster». *Death Studies* 44, 1 (2020): 48–57. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1521885>.

170. Kj lseth, I. (2010). Control in life and in death. An understanding of suicide among the elderly (Doctoral dissertation). University of Oslo, Oslo, Norway.

171. Rasmussen, M. L. (2013). Suicide among young men: Self-esteem regulation in transition to adult life (Doctoral dissertation). University of Oslo, Oslo, Norway.

172. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143 (2), 187–232. doi:10.1037/bul0000084].

173. Nicholas, Angela, Jane Pirkis, Alyssia Rossetto, Anthony Jorm, Matthew Spittal, Nicola Reavley. «Confidence and Intentions to Help a Person at Risk of Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 138–50. <https://doi.org/10.1111/sltb.12575>.

174. Batterham, Philip J., Jin Han, Alison L. Cleave, Josephine Anderson, Helen Christensen. «Suicide Stigma and Suicide Literacy in a Clinical Sample». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1136–47. <https://doi.org/10.1111/sltb.12496>.

175. Muehlenkamp, Jennifer J., Sophia K. Thoen. «Short- and Long-Term Impact of an Undergraduate Suicidology Course». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1573–86. <https://doi.org/10.1111/sltb.12552>.

176. Kanamori, Mariko, Naoki Kondo. «Suicide and Types of Agriculture: A Time-Series Analysis in Japan». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 122–37. <https://doi.org/10.1111/sltb.12559>.

177. Kaplan, Kalman J., Martin Harrow. «Social Status and Suicidal Activity Among Psychiatric Patients: Moderating Effects of Gender, Race and Psychiatric Diagnosis». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 662–77. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1506845>.

178. Stoliker, Bryce E., Simon N. Verdun-Jones, Adam D. Vaughan. «Psychological and Sociological Perspectives on Suicide: A Multi-Level Examination of Suicidal Thoughts and Attempted Suicide among Prisoners». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–33. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1738294>.

179. Caravaca Sánchez, Francisco, Eva Aizpurua, Jorge Javier Ricarte, Tom J. Barry. «Personal, Criminal and Social Predictors of Suicide Attempts in Prison». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–14. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1738293>.

180. Chu, Joyce, Emily N. Robinett, Johnson K. L. Ma, Katherine Y. Shadish, Peter Goldblum, Bruce Bongar. «Cultural versus classic risk and protective factors for suicide». *Death Studies* 43, 1 (2019): 56–61. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430085>.

181. Pelizza, Lorenzo, Michele Poletti, Silvia Azzali, Federica Paterlini, Sara Garlassi, Ilaria Scazza, Luigi Rocco Chiri, Simona Pupo, Andrea Raballo. «Suicidal Thinking and Behavior in Adolescents at Ultra-High Risk of Psychosis: A Two-year Longitudinal Study». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1637–52. <https://doi.org/10.1111/sltb.12549>.

182. Muehlenkamp, Jennifer J., Nensi Xhunga, Amy M. Brausch. «Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 551–63. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>.

183. Martin, Jeffery S., Laura A. Novak, Kanchana Perera, Cara H. Olsen, Michael T. Kindt, Jessica M. LaCroix, Layne Bennion, Su Yeon Lee-Tauler, Marjan Ghahramanlou-Holloway. «Suicide Typologies in the United States Air Force: A Hierarchical Cluster Analysis». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1707–20. <https://doi.org/10.1111/sltb.12553>.

184. Barr, Nicholas, Sara Kintzle, Eva Alday, Carl Castro. «How does discharge status impact suicide risk in military veterans?» *Social Work in Mental Health* 17, 1 (2019): 48–58. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1503214>.

185. Schuman, Donna L., Julie Cerel, Regina T. Praetorius. «Suicide in U.S. Women Veterans: An Interpersonal Theory Perspective on Suicide Prevention Policies». *Social Work in Public Health* 34, 5 (2019): 418–29. <https://doi.org/10.1080/19371918.2019.1616028>.

186. Oexle, Nathalie, William Feigelman, Lindsay Sheehan. «Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes». *Death Studies* 44, 4 (2020.): 248–55. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539052>.

187. Oexle, Nathalie, Katharina Herrmann, Tobias Staiger, Lindsay Sheehan, Nicolas Rüsç, Silvia Krumm. «Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: A qualitative study». *Death Studies* 43, 6 (2019): 381–88. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474286>.

188. Groth, Taylor, Dana E. Boccio. «Psychologists' Willingness to Provide Services to Individuals at Risk of Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1241–54. <https://doi.org/10.1111/sltb.12501>.

189. Cryer, Rachel E. M., Alison L. Calear, Philip J. Batterham, Sunaina R. Patel. «Suicide, mental, and physical health condition stigma in medical students». *Death Studies* 44, 4 (2020): 230–36. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539049>.

190. Jones, Norman, Marie-Louise Sharp, Ava Phillips, Sharon A. M. Stevelink. «Suicidal Ideation, Suicidal Attempts, and Self-Harm in the UK Armed Forces». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1762–79. <https://doi.org/10.1111/sltb.12570>.

191. Applegarth, D. Michael, David S. Wood, AnnaBelle O. Bryan, Craig J. Bryan. «Examining Help-Seeking Among National Guard Service Members». *Military Behavioral Health* 7, 2 (2019): 198–205. <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1526143>.

192. Gros, Daniel F., Nicholas P. Allan, Caroline Silva, Cynthia L. Lancaster, Kenneth R. Conner, Tracy Stecker. «Relations Between Thwarted Belongingness, Perceived Burdensomeness, and History of Suicide Attempts and Readiness for Mental Health Treatment in High-Risk Veterans, Reserves, and Active Duty Service Members». *Military Behavioral Health* 6, 4 (2018): 326–33. <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1486760>.

193. Fulginiti, Anthony, Laura M. Frey. «Exploring suicide-related disclosure motivation and the impact on mechanisms linked to suicide». *Death Studies* 43, 9 (2019): 562–69. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1504349>.

194. Waitz-Kudla, Sydney N., Samantha E. Daruwala, Claire Houtsma, Michael D. Anestis. «Help-seeking Behavior in Socially Conservative and Christian Suicide Decedents». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1513–22. <https://doi.org/10.1111/sltb.12535>.

195. Niveau, Gerard, Estelle Frioud, Diego Aguiar, Patrick Ruch, Olivia Auckenthaler, Justin Baudraz, Tony Fracasso. «Suicide Notes: Their Utility in Understanding the Motivations Behind Suicide and Preventing Future Ones». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 576–89. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480985>.

196. Eynan, Rahel, Ravi Shah, Marnin Jori Heisel, David Eden, Reuven Jhirad, Paul S. Links. «Last Words: Are There Differences in Psychosocial and Clinical Antecedents Among Suicide Decedents Who Leave E-Notes, Paper Notes, or No Note?» *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1379–94. <https://doi.org/10.1111/sltb.12514>.

197. Villanueva, Pedro, Alfonso Arteaga, Javier Fernández-Montalvo. «Gender Differences in Risk Factors Related to Suicidal Ideation Among Callers to Telephone Helplines in Spain». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 605–15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480987>.

198. Labouliere, Christa D., Barbara Stanley, Alison M. Lake, Madelyn S. Gould. «Safety Planning on Crisis Lines: Feasibility, Acceptability, and Perceived Helpfulness of a Brief Intervention to Mitigate Future Suicide Risk». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 29–41. <https://doi.org/10.1111/sltb.12554>.

199. Sindahl, Trine N., Louis-Phillippe Côte, Luc Dargis, Brian L. Mishara, Torben Bechmann Jensen. «Texting for Help: Processes and Impact of Text Counseling with Children and Youth with Suicide Ideation». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1412–30. <https://doi.org/10.1111/sltb.12531>.

200. Turner, Brianna J., J. Sebastian Baglole, Alexander L. Chapman, Kim L. Gratz. «Experiencing and Resisting Nonsuicidal Self-injury Thoughts and Urges in Everyday Life». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1332–46. <https://doi.org/10.1111/sltb.12510>.

201. Campos, Rui C., Ana Simões, Sara Costa, Ana Sofia Pio, Ronald R. Holden. «Psychological pain and suicidal ideation in undergraduates: The role of pain avoidance». *Death Studies* 44, 6 (2020): 375–78. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1554610>.

202. Bryan, Craig J., David S. Wood, Alexis May, Alan L. Peterson, Evelyn Wertenberger, M. David Rudd. «Mechanisms of Action Contributing to Reductions in Suicide Attempts Following Brief Cognitive Behavioral Therapy for Military Personnel: A Test of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide». *Archives of Suicide Research* 22, 2 (2018): 241–53. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1319313>.

203. Brown, Gregory K., Bradley E. Karlin, Mickey Trockel, Maria Gordienko, Jerry Yesavage, C. Barr Taylor. «Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Veterans with Depression and Suicidal Ideation». *Archives of Suicide Research* 20, 4 (2016): 677–82. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1162238>.

204. Lin, Tsung-Jen, Huei-Chen Ko, Jo Yung-Wei Wu, Tian Po Oei, Hsien-Yuan Lane, Chung-Hey Chen. «The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 82–99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104>.

205. Kalina N. Babeva, Alexandra M. Klomhaus, Catherine A. Sugar, Olivia Fitzpatrick, Joan R. Asarnow Adolescent Suicide Attempt Prevention: Predictors of Response to a Cognitive–Behavioral Family and Youth Centered Intervention *Suicide and Life-Threatening Behavior* Vol. 50 P. 56–71

206. Whitmore, Lynn M., Tyler C. Smith. «Isolating the Association of Sleep, Depressive State, and Other Independent Indicators for Suicide Ideation in United States Teenagers». *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 471–90. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456992>.

207. Lev-Ari, Lilac, Yossi Levi-Belz. «Interpersonal theory dimensions facilitate posttraumatic growth among suicide-loss survivors: An attachment

perspective». *Death Studies* 43, 9 (2019): 582–90. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1504351>.

208. Young, Jacob, Calan Savoy, Louis A. Schmidt, Saroj Saigal, Michael H. Boyle, Ryan J. Van Lieshout. «Adult Mental Health Outcomes of Preterm Survivors Experiencing Suicidal Ideation in Adolescence». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 163–74. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1450171>.

209. Reyes-Portillo, Jazmin A., Eleanor L. McGlinchey, Josefina Toso-Salman, Erica M. Chin, Prudence W. Fisher, Laura Mufson. «Clinician Experience and Attitudes Toward Safety Planning with Adolescents at Risk for Suicide». *Archives of Suicide Research* 23, 2 (2019): 222–33. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456382>.

210. Plöderl, Martin, Sabine Kunrath, Clemens Fartacek. «God Bless You? The Association of Religion and Spirituality with Reduction of Suicide Ideation and Length of Hospital Stay among Psychiatric Patients at Risk for Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 95–110. <https://doi.org/10.1111/sltb.12582>.

211. Moksony, Ferenc, Rita Hegedűs. «Religion and Suicide: How Culture Modifies the Effect of Social Integration». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 151–62. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1406830>.

212. Lin, Ching-En, Chi-Hsiang Chung, Li-Fen Chen, Wu-Chien Chien. «Does Compulsory Admission Prevent Inpatient Suicide Among Patients with Schizophrenia? A Nationwide Cohort Study in Taiwan». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 966–79. <https://doi.org/10.1111/sltb.12497>.

213. Ichimura, Atshushi, Koji Kato, Takayuki Taira, Hiroyuki Otsuka, Tomoko Seki, Yoshihide Nakagawa, Sadaki Inokuchi. «Psychiatric Hospitalization after Emergency Treatment for Deliberate Self-Harm is Associated with Repeated Deliberate Self-Harm». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 564–75. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1438323>.

214. Jordan, Joshua T., Dale E. McNiel. «Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 180–88. <https://doi.org/10.1111/sltb.12560>.

215. Rojas, Sasha M., Kayla D. Skinner, Matthew T. Feldner, Demian E. Rodante, Soledad Puppo, Patricia Vidjen, Alicia Portela, Leandro N. Grendas, Federico M. Daray. «Lethality of Previous Suicidal Behavior among Patients Hospitalized for Suicide Risk Predicts Lethality of Future Suicide Attempts». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1431–38. <https://doi.org/10.1111/sltb.12538>.

216. Martínez-Alés, Gonzalo, Eduardo Jiménez-Sola, Eva Román-Mazuecos, María Pilar Sánchez-Castro, Consuelo de Dios, Beatriz Rodríguez-Vega, María Fe Bravo-Ortiz. «An Emergency Department-Initiated Intervention to Lower Relapse Risk after Attempted Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1587–99. <https://doi.org/10.1111/sltb.12542>.

217. Johnson, Lora L., Stephen S. O'Connor, Barbara Kaminer, Peter M. Gutierrez, Erin Carney, Brittany Groh, David A. Jobes. «Evaluation of Structured Assessment and Mediating Factors of Suicide-Focused Group Therapy for Veterans

Recently Discharged from Inpatient Psychiatry». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 15–33. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1402722>.

218. McClatchey, Kirstie, Jennifer Murray, Zoë Chouliara, Anne Rowat. «Protective Factors of Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Healthcare Settings: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Post-2007 Reviews». *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 411–27. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480983>.

219. Arshad, Usman, Farhat-ul-Ain, Jessica Gauntlett, Nusrat Husain, Nasim Chaudhry, Peter James Taylor. «A Systematic Review of the Evidence Supporting Mobile- and Internet-Based Psychological Interventions For Self-Harm». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 151–79. <https://doi.org/10.1111/sltb.12583>.

220. Gabilondo, Andrea, Eduarne Aristegi, Ana Gonzalez-Pinto, José Martin Zurimendi, Maider Mateos Del Pino, Raquel Roca, Iñaki Zorrilla, Alvaro Iruin. «Prevention of Suicidal Behavior with Telemedicine in Patients with a Recent Suicide Attempt: Is a 6-month Intervention Long Enough?». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 211–19. <https://doi.org/10.1111/sltb.12576>.

221. Denneson, Lauren M., Derek J. Smolenski, Brian W. Bauer, Steven K. Dobscha, Nigel E. Bush. «The Mediating Role of Coping Self-Efficacy in Hope Box Use and Suicidal Ideation Severity». *Archives of Suicide Research* 23, 2 (2019): 234–46. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456383>.

222. Britton, Peter C., Kenneth R. Conner, Benjamin P. Chapman, Stephen A. Maisto. «Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial in Veterans». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 233–48. <https://doi.org/10.1111/sltb.12581>.

223. Plancke, L., A. Amariei, T. Danel, C. Debien, S. Duhem, C.-E. Notredame, M. Wathelet, G. Vaiva. «Effectiveness of a French Program to Prevent Suicide Reattempt (VigilanS)». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1735596>.

224. Luxton, David D., Derek J. Smolenski, Mark A. Reger, Rona Margaret V. Relova, Nancy A. Skopp. «Caring E-mails for Military and Veteran Suicide Prevention: A Randomized Controlled Trial». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 300–314. <https://doi.org/10.1111/sltb.12589>.

225. Reger, Mark A., Heather M. Gebhardt, Jacob M. Lee, Brooke A. Ammerman, Raymond P. Tucker, Bridget B. Matarazzo, Amanda E. Wood, David A. Ruskin. «Veteran Preferences for the Caring Contacts Suicide Prevention Intervention». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1439–51. <https://doi.org/10.1111/sltb.12528>.

226. Adler, Abby, Shari Jager-Hyman, Gregory K. Brown, Tanya Singh, Sadia Chaudhury, Marjan Ghahramanlou-Holloway, Barbara Stanley. «A Qualitative Investigation of Barriers to Seeking Treatment for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Army Soldiers with a Deployment History». *Archives of Suicide Research* 24, 2 (2020): 251–68. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1624666>.

227. Bryan, Craig J., Keith W. Jennings, David A. Jobes, John C. Bradley. «Understanding and Preventing Military Suicide». *Archives of Suicide Research* 16, 2 (2012): 95–110. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.667321>.

228. Silvén Hagström, Anneli. «“Why did he choose to die?”: A meaning-searching approach to parental suicide bereavement in youth». *Death Studies* 43, 2 (2019): 113–21. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1457604>.

229. Machado, Mercedes M., Jacqueline M. Swank. «Therapeutic gardening: A counseling approach for bereavement from suicide». *Death Studies* 43, 10 (2019): 629–33. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1509908>.

230. Adams, Elizabeth, Jacinta Hawgood, Anne Bundock, Kairi Kõlves. «A phenomenological study of siblings bereaved by suicide: A shared experience». *Death Studies* 43, 5 (2019): 324–32. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1469055>.

231. Brazda, Geoffrey F., Lillian M. Range, Theodore P. Remley, Carolyn C. White. «Does knowing that a suicide was “rational” influence grief?» *Death Studies* 43, 4 (2019): 235–39. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1450792>.

232. Harrington-LaMorie, Jill, John R. Jordan, Kim Ruocco, Julie Cerel. «Surviving families of military suicide loss: Exploring postvention peer support». *Death Studies* 42, 3 (2018): 143–54. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1370789>.

233. Kuiper, Nora, David Goldston, Lucas Godoy Garraza, Christine Walrath, Madelyn Gould, Richard McKeon. «Examining the Unanticipated Adverse Consequences of Youth Suicide Prevention Strategies: A Literature Review with Recommendations for Prevention Programs». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 952–65. <https://doi.org/10.1111/sltb.12492>.

234. Kene, Prachi, Elena T. Yee, Katherine D. Gimmestad. «Suicide assessment and treatment: Gaps between theory, research, and practice». *Death Studies* 43, 3 (2019): 164–72. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1440034>.

235. Wand, Anne P. F., Brian Draper, Henry Brodaty, Glenn E. Hunt, Carmelle Peisah. «Evaluation of an Educational Intervention for Clinicians on Self-Harm in Older Adults». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1706678>.

236. LoParo, Devon, Ivonne Andrea Florez, Nakia Valentine, Dorian A. Lamis. «Associations of Suicide Prevention Trainings with Practices and Confidence among Clinicians at Community Mental Health Centers». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1148–56. <https://doi.org/10.1111/sltb.12498>.

237. Ferguson, Christopher J. «13 Reasons Why Not: A Methodological and Meta-Analytic Review of Evidence Regarding Suicide Contagion by Fictional Media». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1178–86. <https://doi.org/10.1111/sltb.12517>.

238. Williams, Caitlin L., Jami M. Gauthier, Tracy K. Witte. «Effects of Exposure to Multiple, Graphic Suicide News Articles on Explicit and Implicit Measures of Suicide Risk». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1715905>.

239. Yıldız, Muhammed, Ugur Orak, Mark H. Walker, Ozgur Solakoglu. «Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents». *Death Studies* 43, 6 (2019): 365–71. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1478914>.

240. Scourfield, Jonathan, Gualtiero Colombo, Pete Burnap, Rhiannon Evans, Nina Jacob, Matthew Williams, Sarah Caul. «The Number and Characteristics of Newspaper and Twitter Reports on Suicides and Road Traffic Deaths in Young People». *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 507–22. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1479321>.

241. Spates, Kamesha, Xinyue Ye, Ashley Johnson. «“I just might kill myself”: Suicide expressions on Twitter». *Death Studies* 44, 3 (2020): 189–94. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1531085>.

242. Bakst, Shelly S., Yakir Berchenko, Tali Braun, Tamy Shohat. «The Effects of Publicized Suicide Deaths on Subsequent Suicide Counts in Israel». *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 440–54. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456991>.

243. Heerde, Jessica A., Sheryl A. Hemphill. «Are Bullying Perpetration and Victimization Associated with Adolescent Deliberate Self-Harm? A Meta-Analysis». *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 353–81. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1472690>.

244. Roberts, Karl, Mtt Miller, Deborah Azrael. «Honor-Related Suicide in the United States: A Study of National Violent Death Reporting System Data». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 34–46. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1411299>.

245. Holma, K. Mikael, Irina Holma, Mikko Ketokivi, Maria A. Oquendo, Erkki Isometsä. «The Relationship Between Smoking and Suicidal Behavior in Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 590–604. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480986>.

246. Salles, Juliette, Bernard Tiret, Adeline Gallini, Peggy Gandia, Christophe Arbus, Anjali Mathur, Emmanuelle Bougon. «Suicide Attempts: How Does the Acute Use of Alcohol Affect Suicide Intent?». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 315–28. <https://doi.org/10.1111/sltb.12586>.

247. Anestis, Michael D., Matthew T. Tull, Sarah E. Butterworth, Julia R. Richmond, Claire Houtsma, Courtney N. Forbes, Kim L. Gratz. «The Role of Opioid Use in Distinguishing between Suicidal Ideation and Attempts». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1680–92. <https://doi.org/10.1111/sltb.12557>.

248. Adkisson, Kelsie, Katherine C. Cunningham, Eric A. Dedert, Michelle F. Dennis, Patrick S. Calhoun, Eric B. Elbogen, Jean C. Beckham, Nathan A. Kimbrel. «Cannabis Use Disorder and Post-Deployment Suicide Attempts in Iraq/Afghanistan-Era Veterans». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 678–87. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1488638>.

249. Choi, Namkee G., Diana M. DiNitto, C. Nathan Marti. «Differences in Firearm Suicides by Residential Location in Texas, 2006–2015». *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 491–506. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1468290>.

250. Butterworth, Sarah E., Michael D. Anestis. «Political Beliefs, Region of Residence, and Openness to Firearm Means Safety Measures to Prevent Suicide». *Archives of Suicide Research* 23, 4 (2019): 616–33. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486250>.

251. Anestis, Michael D., Samantha Daruwala, Daniel W. Capron. «Firearm Ownership, Means Safety, and Suicidality». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1044–57. <https://doi.org/10.1111/sltb.12509>.

252. Feigelman, William, Zohn Rosen, Julie Cerel. «Unraveling the Complex Web of Associations Between Easy Access to Firearms and Premature Mortalities». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 277–91. <https://doi.org/10.1111/sltb.12580>.

253. Logan, Joseph E., Allison Ertl, Robert Bossarte. «Correlates of Intimate Partner Homicide among Male Suicide Decedents with Known Intimate Partner Problems». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1693–1706. <https://doi.org/10.1111/sltb.12567>.

254. Smith, Phillip N., Nicholas A. Fadoir, Joseph M. Currier. «Firearm Ownership & Storage Practices in Relation to Mental Health and Interpersonal Theory Constructs in Military Service Members & Veterans». *Military Behavioral Health* 8, 1 (2020): 11–20. <https://doi.org/10.1080/21635781.2019.1626305>.

255. Khazem, Lauren R., Claire Houtsma, Kim L. Gratz, Matthew T. Tull, Bradley A. Green, Michael D. Anestis. «Firearms Matter: The Moderating Role of Firearm Storage in the Association Between Current Suicidal Ideation and Likelihood of Future Suicide Attempts Among United States Military Personnel». *Military Psychology* 28, 1 (2015): 25–33. <https://doi.org/10.1037/mil0000099>.

256. Goldberg, Simon B., Raymond P. Tucker, Maleeha Abbas, Megan E. Schultz, Michele Hiserodt, Kathryn A. Thomas, Michael D. Anestis, Mary F. Wyman. «Firearm Ownership and Capability for Suicide in Post-Deployment National Guard Service Members». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1668–79. <https://doi.org/10.1111/sltb.12551>.

257. Walton, Thomas, Jennifer Stuber. «Firearm Retailers and Suicide: Results from a Survey Assessing Willingness to Engage in Prevention Efforts». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 83–94. <https://doi.org/10.1111/sltb.12574>.

258. Kang, Aaron Min. «Substances Involved in Suicidal Poisonings in the United States». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1307–17. <https://doi.org/10.1111/sltb.12525>.

259. Reifels, Lennart, Brian L. Mishara, Luc Dargis, Lakshmi Vijayakumar, Michael R. Phillips, Jane Pirkis. «Outcomes of Community-Based Suicide Prevention Approaches That Involve Reducing Access to Pesticides: A Systematic Literature Review». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1019–31. <https://doi.org/10.1111/sltb.12503>.

260. Choi, BongKyoo, Hi Gin Sung, Jin Hyun Nam, Ju-Young Shin. «Zolpidem Use and Suicide Death in South Korea: A Population-Based Case–Control Study». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1653–67. <https://doi.org/10.1111/sltb.12548>.

261. Paul, Elise, Ana Ortin. «Correlates of Suicidal Ideation and Self-harm in Early Childhood in a Cohort at Risk for Child Abuse and Neglect». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 134–50. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1413468>.

262. Farrell, Chelsea, Gregory M. Zimmerman. «Violent Lives: Pathways Linking Exposure to Violence To Suicidal Behavior in a National Sample». *Archives*

of *Suicide Research* 23, 1 (2019): 100–121. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1404517>.

263. Duprey, Erinn Bernstein, Assaf Oshri, Sihong Liu. «Childhood Maltreatment, Self-esteem, and Suicidal Ideation in a Low-SES Emerging Adult Sample: The Moderating Role of Heart Rate Variability». *Archives of Suicide Research* 23, 2 (2019): 333–52. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430640>.

264. Handley, Elizabeth D., Tangeria R. Adams, Jody Todd Manly, Dante Cicchetti, Sheree L. Toth. «Mother–Daughter Interpersonal Processes Underlying the Association Between Child Maltreatment and Adolescent Suicide Ideation». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1232–40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12522>.

265. Taliaferro, Lindsay A., Barbara J. McMorris, G. Nicole Rider, Marla E. Eisenberg. «Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth». *Archives of Suicide Research* 23, 2 (2019): 203–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>.

266. Canetto, S. S. (2015). Suicidal behaviors among Muslim women. *Patterns, pathways, meanings, and prevention*. *Crisis*, 36 (6). P. 447–458. DOI:10.1027/0227-5910/a000347

267. Staples, J., & Widger, T. (2012). Situating suicide as an anthropological problem: Ethnographic approaches to understanding self-harm and self-inflicted death. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36 (2). P. 183–203. DOI:10.1007/s11013-012-9255-1

268. Hjelmeland, H. (2018). Cultural aspects of suicide. In: D. Bhugra & K. Bhui (Eds.) *Textbook of cultural psychiatry* (2nd ed., pp. 482–492). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

269. Tian, Niu, Matthew Zack, Katherine A. Fowler, Dale C. Hesdorffer. «Suicide Timing in 18 States of the United States from 2003–2014». *Archives of Suicide Research* 23, 2 (2019): 261–72. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1472689>.

270. Feigelman, William, John McIntosh, Julie Cerel, David Brent, Nina J. Gutin. «Identifying the Social Demographic Correlates of Suicide Bereavement». *Archives of Suicide Research* 23, 2 (2019): 273–88. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456384>.

271. Lungu, Anita, Chelsey R. Wilks, Trevor N. Coyle, Marsha M. Linehan. «Assessing Suicidal and NonSuicidal Self-Injury via In-Depth Interview or Self-Report: Balancing Assessment Effort and Results». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1347–59. <https://doi.org/10.1111/sltb.12526>.

272. Katz, Cara, Leslie E. Roos, Yunqiao Wang, James Bolton, Stephen W. Hwang, Laurence Y. Katz, Jimmy Bourque. «Predictive Validity of the MINI Suicidality Subscale for Suicide Attempts in a Homeless Population With Mental Illness». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1630–36. <https://doi.org/10.1111/sltb.12544>.

273. Boudreaux, Edwin D., Derek P. De Beurs, Tam H. Nguyen, Brianna L. Haskins, Celine Larkin, Bruce Barton. «Applying Computer Adaptive Testing

Methods to Suicide Risk Screening in the Emergency Department». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 917–27. <https://doi.org/10.1111/sltb.12493>.

274. Calcar, Alison L., Philip J. Batterham, Matthew Sunderland, Natacha Carragher. «Development and Validation of Static and Adaptive Screeners to Assess Suicidal Thoughts and Behavior». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 189–200. <https://doi.org/10.1111/sltb.12577>.

275. Pachkowski, Mikayla C., Alexis M. May, Michelle Tsai, E. David Klonsky. «A Brief Measure of Unbearable Psychache». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1721–34. <https://doi.org/10.1111/sltb.12556>.

276. Campos, Rui C., Ronald R. Holden, Margarida Gomes. «Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale». *Death Studies* 43, 8 (2019): 527–33. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1493002>.

277. Lewis, Katie C., Evan W. Good, Jane G. Tillman, Christopher J. Hopwood. «Assessment of Psychological Pain in Clinical and Non-Clinical Samples: A Preliminary Investigation Using the Psychic Pain Scale». *Archives of Suicide Research*, 2020, 1–18. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1729914>.

278. Brausch, Amy M., Stephen S. O'Connor, Jeffrey T. Powers, Michael M. McClay, Jordan A. Gregory, David A. Jobes. «Validating the Suicide Status Form for the Collaborative Assessment and Management of Suicidality in a Psychiatric Adolescent Sample». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 50, 1 (2020): 263–76. <https://doi.org/10.1111/sltb.12587>.

279. Gutierrez, Peter M., Thomas Joiner, Jetta Hanson, Ian H. Stanley, Caroline Silva, Megan L. Rogers. «Psychometric Properties of Four Commonly Used Suicide Risk Assessment Measures: Applicability to Military Treatment Settings». *Military Behavioral Health* 7, 2 (2019): 177–84. <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1562390>.

280. Matarazzo, Bridget B., Gregory K. Brown, Barbara Stanley, Jeri E. Forster, Melodi Billera, Glenn W. Currier, Marjan Ghahramanlou-Holloway, Lisa A. Brenner. «Predictive Validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a Cohort of At-risk Veterans». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1255–65. <https://doi.org/10.1111/sltb.12515>.

281. Barnes, Sean M., Lindsey L. Monteith, Jeri E. Forster, Sarra Nazem, Lauren M. Borges, Kelly A. Stearns-Yoder, Nazanin H. Bahraini. «Developing Predictive Models to Enhance Clinician Prediction of Suicide Attempts Among Veterans With and Without PTSD». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 4 (2019): 1094–1104. <https://doi.org/10.1111/sltb.12511>.

282. Matarazzo, Bridget B., Gregory K. Brown, Barbara Stanley, Jeri E. Forster, Melodi Billera, Glenn W. Currier, Marjan Ghahramanlou-Holloway, Lisa A. Brenner. «Predictive Validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a Cohort of At-risk Veterans». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1255–65. <https://doi.org/10.1111/sltb.12515>.

283. Song, Wei, Huanhuan Li, Ting Guo, Songyuan Jiang, Xiang Wang. «Effect of Affective Reward on Cognitive Event-related Potentials and its Relationship with Psychological Pain and Suicide Risk among Patients with Major

Depressive Disorder». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 5 (2019): 1290–1306. <https://doi.org/10.1111/sltb.12524>.

284. Mann, J. John, Allison V. Metts, R. Todd Ogden, Chester A. Mathis, Harry Rubin-Falcone, Zhiqun Gong, Wayne C. Drevets, Jamie Zelazny, David A. Brent. «Quantification of 5-HT1A and 5-HT2A receptor Binding in Depressed Suicide Attempters and Non-Attempters». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 122–33. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1417185>.

285. Millner, Alexander J., Tara M. Augenstein, Katherine H. Visser, Katie Gallagher, Genesis A. Vergara, Eugene J. D'Angelo, Matthew K. Nock. «Implicit Cognitions as a Behavioral Marker of Suicide Attempts in Adolescents». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 47–63. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1421488>.

286. Ballard, Elizabeth D., Jessica L. Reed, Joanna Szczepanik, Jennifer W. Evans, Julia S. Yarrington, Daniel P. Dickstein, Matthew K. Nock, Allison C. Nugent, Carlos A. Zarate Jr. «Functional Imaging of the Implicit Association of the Self With Life and Death». *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49, 6 (2019): 1600–1608. <https://doi.org/10.1111/sltb.12543>.

287. Chunduri, Sruthi, Sabrina Browne, David E. Pollio, Barry A. Hong, Writtika Roy, Kimberly Roaten, Fuad Khan, Carol S. North. «Suicide Risk Assessment and Management in the Psychiatry Emergency Service: Psychiatric Provider Experience and Perceptions». *Archives of Suicide Research* 23, 1 (2019): 1–14. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1414648>.

288. Arias, Sarah A., Edwin D. Boudreaux, Elizabeth Chen, Ivan Miller, Carlos A. Camargo, Richard N. Jones, Lisa Uebelacker. «Which Chart Elements Accurately Identify Emergency Department Visits for Suicidal Ideation or Behavior?» *Archives of Suicide Research* 23, 3 (2019): 382–90. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1472691>.

289. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. 3-е изд. Москва : Смысл, 2004. 254 с.

290. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.

291. Воробйова І. В. Автоматизований психодіагностичний комплекс визначення професійної придатності кандидатів на військову службу у внутрішні війська МВС України і навчання у вищих військових навчальних закладах МВС України. Харків : Акад. ВВ МВС України, 2012. 297 с.

292. Воробьева И. В. Информационные технологии в решении задач психологических исследований. *Сборник научных статей “Социальная психология здоровья и современные информационные технологии”*, Брест : Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина. 2015. С. 112–124.

293. Приходько І. І., Воробйова І. В., Тімченко О. В. та ін. Розробка автоматизованого психодіагностичного комплексу визначення професійної придатності військовослужбовців внутрішніх військ, кандидатів на військову службу за контрактом, на навчання у вищі та середні військові навчальні

заклади внутрішніх військ МВС України : звіт про науково-дослідну роботу. Харків, 2010. 444 с. (№ держреєстрації 0109U008191).

294. Приходько І. І., Воробйова І. В., Мацегора Я. В. Розроблення системи психологічної безпеки військовослужбовців внутрішніх військ МВС України : звіт про науково-дослідну роботу. Харків : Акад. ВВ МВС України, 2013. 719 с. (№ держреєстрації 0113U003365).

295. Колесніченко О. С., Тімченко О. В., Пархоменко О. О. та ін. Психологічна готовність до професійної діяльності військовослужбовців внутрішніх військ МВС України при виконанні службово-бойових завдань у відрядженні : звіт про науково-дослідну роботу. Харків : НА НГУ, 2014. 367 с. (№ держреєстрації 0113U003366).

296. Колесніченко О. С., Юр'ва Н. В., Тімченко О. В. Психологічна готовність до ризику військовослужбовців Національної гвардії України : звіт про науково-дослідну роботу. Харків : НА НГУ, 2016. 309 с. (№ держреєстрації 0115U002838).

297. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. та ін. Розроблення програми профілактики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в бойових діях : звіт про науково-дослідну роботу. Харків : НА НГУ, 2017. 627 с. (№ держреєстрації 0116U004047).

298. Анастаси А. Психологическое тестирование. Кн. 2; пер. с англ. под ред. К. М. Гуревича, В. И. Лубовского. Москва : Педагогика, 1982. 320 с.

299. Арестова О. Н., Бабанин Л. Н., Войскунский А. Е. Специфика психологических методов в условиях использования компьютера. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1995. 109 с.

300. Мейер М. Теория реляционных баз данных. Москва : Мир, 1987. 608 с.

301. Атре Ш. Структурный подход к организации баз данных. Москва : Финансы и статистика, 1983. 320 с.

302. Юр'єва Н. В., Пасічник В. І. Мотиваційні ресурси стресостійкості військовослужбовців підрозділів Національної гвардії України з конвоювання, екстрадиції та охорони підсудних : монографія. Харків : НА НГУ, 2017. 226 с.

303. Приходько І. І. Формування та відновлення психологічної безпеки особистості у військовослужбовців Національної гвардії України : посібник. Харків : НА НГУ, 2017. 110 с.

304. Меновщиков В. А. Психологическое консультирование: работа с кризисами и проблемными ситуациями. 2-е изд., стер. Москва : Смысл, 2005. 182 с.

305. Караяни А. Г., Сыромятников И. В. Прикладная военная психология. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 480 с.

Значущість розбіжностей між показниками різних типів суїцидентів – військовослужбовців НГУ

Таблиця А.1 – Значущість розбіжностей між показниками різних типів суїцидентів – військовослужбовців НГУ

Шкали	Значущість розбіжностей							
	t _{к.г-1}	t _{к.г-2}	t ₁₋₂	t _{к.г-2.1}	t _{к.г-2.2}	t _{1-2.1}	t _{1-2.2}	t _{2.1-2.2}
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Методика визначення типу акцентуації рис характеру і темпераменту (К. Леонгард і Х. Шмішек)								
Гіпертимний	0,60	0,10	0,42	0,72	2,03*	0,19	1,69	1,66
Застрагуючий	5,25**	0,50	2,95**	0,49	1,52	2,39**	2,37**	1,07
Емотивний	1,19	0,11	1,05	0,23	1,05	0,57	1,60	0,78
Педантичний	4,09**	0,82	1,54	1,23	0,09	0,90	1,55	0,78
Тривожно-боязкий	0,41	0,58	0,14	0,98	1,01	1,04	0,63	1,42
Циклотимічний	2,86**	1,82 ⁰	0,63	0,29	1,77 ⁰	1,63	0,00	1,26
Демонстративний	3,31**	0,63	3,08**	1,15	3,23**	1,35	4,58**	2,65*
Неврівноважений	2,25*	3,34**	0,00	1,17	2,98**	1,39	0,20	1,83 ⁰
Дистимічний	2,41*	1,09	2,33*	0,26	1,87 ⁰	1,47	2,70**	1,80 ⁰
Екзальтований	0,99	0,33	0,75	0,36	0,87	0,06	1,12	0,92
БОО Адаптивність (А. Г. Маклаков)								
Імовірність	0,77	0,41	0,17	0,57	0,46	0,18	0,80	0,74
Адаптивність	1,26	0,79	0,02	0,17	0,09	0,75	0,57	0,15
Нервово-психічна стійкість	0,68	1,57	0,82	0,56	0,65	0,06	0,26	0,30
Комунікативність	0,82	0,69	0,14	0,63	0,22	1,03	0,11	0,49
Моральність	1,81 ⁰	1,40	0,18	0,11	0,80	1,20	0,31	0,69
Прогресивні матриці Дж. Равена								
IQ (віковий)	–	0,65	–	1,71 ⁰	0,91	–	–	1,91 ⁰
Закрита анкета вивчення мотивації вибору професійного вибору абітурієнтів у ВНЗ МВС України								
Професійні мотиви	–	0,22	–	0,05	1,91 ⁰	–	–	1,34
Мотиви вдосконалення	–	1,38	–	2,49**	0,65	–	–	1,71
Самостійний вибір професії	–	0,20	–	2,18*	3,07**	–	–	3,80**
Несамостійний вибір професії	–	0,76	–	0,12	3,79**	–	–	2,56*
Мотиви престижу	–	1,37	–	0,50	2,01*	–	–	1,19
Романтичні мотиви	–	0,22	–	0,21	1,72 ⁰	–	–	1,42
Компенсаторні мотиви	–	0,63	–	1,13	1,81 ⁰	–	–	2,08 ⁰
Асоціальні мотиви	–	0,07	–	0,53	0,40	–	–	0,05
Опитувальник суїцидального ризику (О. Г. Шмельов)								
Демонстративність	0,08	0,28	0,24	4,03**	0,31	1,95 ⁰	0,17	2,05 ⁰
Афективність	0,11	0,77	0,63	5,16**	1,37	1,92 ⁰	1,20	2,73*
Унікальність	0,32	0,06	0,18	14,63**	0,47	2,29*	0,24	1,61
Неспроможність	0,24	1,88 ⁰	1,36	0,22	2,27*	0,07	1,78 ⁰	1,99 ⁰
Соціальний песимізм	0,43	2,47*	0,67	0,58	2,90**	0,10	0,71	0,58
Злам культурних бар'єрів	0,28	0,49	0,56	0,82	0,18	0,85	0,00	0,72

Кінець табл. А1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Максималізм	22,33**	0,18	2,74**	0,38	0,47	1,55	2,19*	0,61
Часова перспектива	0,05	2,27*	1,31	0,98	2,68**	0,06	1,89 ⁰	2,59*
Антисуїцидальний фактор	0,90	1,45	0,08	1,15	1,33	0,07	0,13	0,24
16-факторний особистісний опитувальник (Р. Кеттелл)								
Md (низька – висока самооцінка)	0,35	1,36	0,80	0,29	0,50	0,10	0,17	0,03
A (замкнутість-товариськість)	1,04	2,11*	2,22*	0,72	1,92 ⁰	1,25	2,16*	1,01
B (низький-високий інтелект)	1,19	0,55	1,32	0,43	0,18	1,19	1,13	0,27
C (ем. нестабільність-стабільність)	0,33	2,19*	1,02	0,07	1,56	0,27	0,81	1,38
E (підлеглисть-домінантність)	1,28	0,97	0,09	2,39**	0,19	1,36	0,84	1,82 ⁰
F (стриманість-експресивність)	0,27	0,24	0,07	2,18**	0,78	1,54	0,39	1,92 ⁰
G (низька-висока нормативність)	0,77	0,13	0,58	0,68	0,25	1,02	0,43	0,62
H (боязкість-сміливість)	1,44	2,75**	0,29	0,80	2,87**	0,27	0,69	0,89
I (жорсткість-чутливість)	0,57	1,69 ⁰	1,14	0,05	2,29*	0,52	1,60	1,90 ⁰
L (довірливість-підозрілість)	0,23	0,07	0,17	0,83	1,71 ⁰	0,87	1,43	1,71
M (практичність-мрійливість)	0,38	0,44	0,59	0,12	0,33	0,13	0,50	0,31
N (прямолінійність-дипломатичність)	1,03	1,06	1,49	1,36	0,94	1,72	1,39	0,23
O (спокійність-тривожність)	0,05	0,36	0,26	0,29	0,34	0,25	0,18	0,43
Q ₁ (консерватизм-радикалізм)	0,60	1,32	1,27	1,54	1,17	1,56	1,25	0,43
Q ₂ (конформізм-нонконформізм)	0,20	2,96**	1,35	1,00	2,36*	0,62	1,11	0,27
Q ₃ (низький-високий самоконтроль)	1,79 ⁰	2,51**	1,07	0,51	2,09*	0,57	0,86	1,20
Q ₄ (розслабленість-напруженість)	0,89	2,18*	0,32	0,40	2,57**	0,29	0,49	0,78
Самооцінка структури темпераменту (Б. М. Смирнов)								
Екстраверсія-інтроверсія	–	0,74	–	0,96	1,67 ⁰	–	–	1,93 ⁰
Ригідність-пластичність	–	1,34	–	2,03*	0,46	–	–	1,38
Ем. збудливість-урівноваженість	–	0,55	–	3,38**	0,46	–	–	1,94 ⁰
Темп реакції	–	1,73 ⁰	–	1,15	2,33*	–	–	2,60*
Активність	–	1,85 ⁰	–	0,08	1,29	–	–	0,85
Шкала щирості	–	1,59	–	0,19	0,74	–	–	0,64

**Бланк і ключі до методики “Міссісіпська шкала для оцінювання
посттравматичних реакцій (військовий варіант)”**

Бланк методики

Інструкція: У таблиці наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, що брали участь у бойових діях. Поряд із кожним твердженням наведено варіанти відповідей. Виберіть і відмітьте той варіант, що якнайкраще описує почуття: 1 – “Цілком неправильно”; 2 – “Частково правильно”; 3 – “Певною мірою правильно”; 4 – “Правильно”; 5 – “Цілком правильно”.

	Твердження	Варіанти відповіді				
		Цілком неправильно	Частково правильно	Певною мірою правильно	Правильно	Цілком правильно
1	2	3	4	5	6	7
1	До служби в армії у мене було більше близьких друзів, аніж зараз					
2	У мене немає почуття провини за все те, що я робив під час служби в армії					
3	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)					
4	Якщо трапляється щось, що нагадує мені про війну, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю					
5	Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене					
6	Я здатний установити емоційно-близькі стосунки з іншими людьми					
7	Мені сняться жахіття про те, що було насправді на війні					
8	Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити					
9	Іззовні я маю бездушний вигляд					
10	Останнім часом я відчуваю, що хочу накласти на себе руки					
11	Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся лише тоді, коли потрібно вставати					
12	Я весь час задаю собі питання, чому я залишився живий, тоді як інші загинули на війні					
13	У певних ситуаціях я почуваюся так, наче я знову в армії					
14	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати					
15	Я відчуваю, що більше не можу					
16	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зворушують					
17	Мене і зараз так само радують ті самі речі, що й раніше					

Кінець бланка

1	2	3	4	5	6	7
18	Мої фантазії реалістичні і викликають страх					
19	Я вважаю, що після демобілізації мені не важко працювати					
20	Мені важко зосередитися					
21	Я безпідставно плачу					
22	Мені подобається бути в товаристві інших людей					
23	Мене лякають мої прагнення та бажання					
24	Я легко засинаю					
25	Від несподіваного шуму я сильно здригаюся					
26	Ніхто, навіть моя родина, не розуміє, що я відчуваю					
27	Я – легка, спокійна, урівноважена людина					
28	Я відчуваю, що про деякі речі, котрі я робив в армії, ніколи не зможу будь-кому розповісти, бо цього нікому не зрозуміти					
29	Часом я вживаю алкоголь (наркотики чи снодійні), аби допомогти собі заснути чи забути про ті речі, що траплялися, коли я служив в армії					
30	У натовпі я не відчуваю дискомфорту					
31	Я втрачаю рівновагу і відчуваю роздратування через дрібниці					
32	Я боюся засинати					
33	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що траплялося зі мною в армії					
34	Моя пам'ять така ж сама хороша, як і раніше					
35	Мені важко проявляти свої почуття, навіть до близьких людей					

Ключі

Шкали симптомів ПТСР.

“Вторгнення”:

- прямий підрахунок: 4, 7, 13, 14, 18, 21, 23, 26, 29, 32;
- зворотний підрахунок – 30.

“Уникнення”:

- прямий підрахунок: 1, 9, 16, 28, 33, 35;
- зворотний підрахунок: 6, 17, 19, 22, 34.

“Збудливість”:

- прямий підрахунок: 3, 5, 20, 25, 31;
- зворотний підрахунок: 11, 24, 27.

“Почуття провини та суїцидальні схильності”:

- прямий підрахунок: 8, 10, 12, 15;
- зворотний підрахунок – 2.

Загальний показник посттравматичної реакції розраховується як сума за всіма твердженнями опитувальника з урахуванням переведення відповіді у бал для прямих і зворотних тверджень:

- прямий підрахунок: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35;
- зворотний підрахунок: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Таблиця Б.1 – Переведення відповідей у бали при прямому і зворотному напрямку підрахунку

Напрямок підрахунку	Цілком неправильно	Частково правильно	Певною мірою правильно	Правильно	Цілком правильно
Прямий	1	2	3	4	5
Зворотний	5	4	3	2	1

Оцінка результатів:

76±18 – добре адаптовані;

86±26 – психічні розлади;

130±18 – ПТСР.

Бланк і ключі до методики “Міні-мульти”

Бланк методики

П. І. Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік ____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція. Вам пропонується низка тверджень, які стосуються стану вашого здоров'я і вашого характеру. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, чи правильне воно стосовно вас. Якщо ви згодні з твердженням, то в клітинці з номером питання поставте знак “+” (“так”, “правильно”), якщо не згодні – знак “-” (“ні”, “неправильно”). Не витрачайте час на міркування. Найприроднішим є те рішення, яке першим спадає на думку. Час на проведення опитування не обмежується, але потрібно працювати швидко.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71									

Текст опитувальника

1. У вас добрий апетит.
2. Уранці ви зазвичай відчуваєте, що виспалися й відпочили.
3. У вашому повсякденному житті багато цікавого.
4. Ви працюєте з великим напруженням.
5. Часом вам спадають такі недобрі думки, що про них краще й не говорити.
6. У вас дуже рідко бувають закрепи.
7. Іноді вам дуже хотілося б назавжди піти з дому.
8. Часом у вас трапляються напади нестримного сміху або плачу.
9. Часом вас мучить нудота й позиви на блювоту.
10. У вас виникає враження, що вас ніхто не розуміє.
11. Іноді вам хочеться вилятися.
12. Кожного тижня вам сняться жахітливі сни.
13. Вам важче зосередитися, ніж більшості людей.
14. З вами відбувалися (або відбуваються) дивні речі.
15. Ви досягли б у житті набагато більшого, якби люди не були негативно налаштовані до вас.
16. У дитинстві був час, коли ви скоювали крадіжки.
17. Траплялося, що по кілька днів, тижнів або цілих місяців ви нічим не могли зайнятися, бо важко було змусити себе включитися в роботу.

18. У вас переривчастий і неспокійний сон.
19. Коли ви перебуваєте серед людей, вам чуються дивні речі.
20. Більшість людей, які вас знають, не вважають вас неприємною людиною.
21. Вам часто доводилося підкорятися кому-небудь, хто знав менше вашого.
22. Більшість людей задоволені своїм життям більше, ніж ви.
23. Дуже багато людей перебільшують свої нещастя, щоб домогтися співчуття й допомоги.
24. Іноді ви сердитесь.
25. Вам дійсно не вистачає впевненості в собі.
26. У вас часто виникають посмикування у м'язах.
27. У вас часто буває відчуття, ніби ви зробили щось неправильне чи недобре.
28. Зазвичай ви задоволені своєю долею.
29. Деякі так полюбляють командувати, що вам хочеться все зробити наперекір, хоча ви знаєте, що вони праві.
30. Ви вважаєте, що проти вас щось задумують.
31. Більшість людей здатні домагатися вигоди не зовсім чесним шляхом.
32. Вас часто непокоїть шлунок.
33. Часто ви не можете зрозуміти, чому напередодні ви були в поганому настрої і роздратовані.
34. Часом ваші думки виникали так швидко, що ви не встигали їх висловлювати.
35. Ви вважаєте, що ваше сімейне життя не гірше, ніж у більшості ваших знайомих.
36. Часом ви впевнені у власній непотрібності.
37. Останніми роками ваше самопочуття переважно було добрим.
38. У вас були періоди, під час яких ви щось робили і потім не могли пригадати, що саме.
39. Ви вважаєте, що вас часто незаслужено карали.
40. Ви ніколи не відчували себе краще, ніж тепер.
41. Вам байдуже, що думають про вас інші.
42. Із пам'яттю у вас все гаразд.
43. Вам важко підтримувати розмову з людиною, з якою ви тільки що познайомилися.
44. Більшу частину часу ви відчуваєте загальну слабкість.
45. У вас рідко болить голова.
46. Іноді вам бувало важко зберегти рівновагу під час ходьби.
47. Не всі ваші знайомі вам подобаються.
48. Є люди, які намагаються вкрати ваші ідеї та думки.
49. Ви вважаєте, що скоювали вчинки, які не можна пробачити.
50. Ви вважаєте себе занадто сором'язливим.
51. Вас майже завжди щось непокоїть.
52. Ваші батьки часто не схвалювали ваших знайомств.
53. Іноді ви трохи пліткуєте.

54. Часом ви відчуваєте, що вам незвичайно легко приймати рішення.
55. У вас виникає сильне серцебиття і ви часто задихаєтеся.
56. Ви запальні, але швидко опановуєте себе.
57. У вас трапляються періоди такого неспокою, що важко всидіти на місці.
58. Ваші батьки та інші члени родини часто прискіпуються до вас.
59. Ваша доля нікого особливо не цікавить.
60. Ви не засуджуєте людину, яка не проти скористатися в своїх інтересах помилками іншої людини.
61. Іноді ви сповнені енергії.
62. Останнім часом у вас погіршився зір.
63. Часто у вас дзвенить або шумить у вухах.
64. У вашому житті траплялися випадки (можливо, тільки один), коли ви відчували, що на вас діє гіпноз.
65. У вас бувають періоди, коли ви незвично веселі без особливої причини.
66. Навіть перебуваючи в товаристві, ви зазвичай відчуваєте себе самотньо.
67. Ви вважаєте, що майже кожен може збрехати, аби уникнути неприємностей.
68. Ви відчуваєте гостріше, ніж більшість інших людей.
69. Часом ваша голова працює ніби повільніше, ніж зазвичай.
70. Ви часто розчаровуєтеся в людях.
71. Ви зловживаєте спиртними напоями.

Обробка результатів

Підраховуються “сирі” бали за всіма 11 показниками шкал (оціночними й базовими) відповідно до ключа до опитувальника.

Базисні шкали:

- 1) іпохондрія (Hs);
- 2) депресія (D);
- 3) істерія (Hu);
- 4) психопатія (Pd);
- 6) паранойяльність (Pa);
- 7) психастенія (Pt);
- 8) шизоїдний (Se);
- 9) гіпоманія (Ma).

Ключ

Шкали	Варіанти відповідей	№ твердження
L	Неправильно (H)	5, 11, 24, 47, 53
F	H	22, 24, 61
	правильно (B)	9, 12, 15, 19, 30, 38, 48, 49, 58, 59, 64, 71
K	H	11, 23, 31, 33, 34, 36, 40, 41, 43, 51, 56, 61, 65, 67, 69, 70
1 (Hs)	H	1, 2, 6, 37, 45
	B	9, 18, 26, 32, 44, 46, 55, 62, 63
2 (D)	H	1, 3, 6, 11, 28, 37, 40, 42, 60, 61, 65
	B	9, 13, 17, 18, 22, 25, 36, 44

Шкали	Варіанти відповідей	№ твердження
3 (Hy)	Н	1, 2, 3, 11, 23, 28, 29, 31, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 50, 56
	В	9, 13, 18, 26, 44, 46, 55, 57, 62
4(Pd)	Н	3, 28, 34, 35, 41, 43, 50, 65
	В	7, 10, 13, 14, 15, 16, 22, 27, 52, 58, 71
6(Pt)	Н	28, 29, 31, 67
	В	5, 8, 10, 15, 30, 39, 63, 64, 66, 68
7(Pt)	Н	2, 3, 42
	В	5, 8, 13, 17, 22, 25, 27, 36, 44, 51, 57, 66, 68
8(Se)	Н	3, 42
	В	5, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 26, 30, 38, 39, 46, 57, 63, 64, 66
9(Ma)	Н	43
	В	4, 7, 8, 21, 29, 34, 38, 39, 54, 57, 60

Кожний збіг із ключем оцінюється в один бал. Потім робиться висновок про ступінь відвертості респондента й достовірності його результатів. Якщо показники за цими шкалами задовільні, процес обробки даних продовжується.

Зазначимо, що в “Міні-мулт” на відміну від ММРІ немає 5-ї шкали, проте нумерацію шкал збережено відповідно до ММРІ.

До методики додається спеціальний бланк (профільний аркуш) для побудови профілю особистості респондента з урахуванням значення шкали корекції, додаючи до вказаних у профільному аркуші шкал відповідне значення шкали корекції.

Значення шкали (К) додається до значень за базисними шкалами № 1, 4, 7, 8, 9 таким чином:

$$\text{шкала Hs (1)} = Hs + (0,5 * K);$$

$$\text{шкала Pd (4)} = Pd + (0,4 * K);$$

$$\text{шкала Pt (7)} = Pt + K;$$

$$\text{шкала Se (8)} = Se + K;$$

$$\text{шкала Ma (9)} = Ma + (0,2 * K).$$

Таблиця коефіцієнтів корекції

Значення шкали К	0,5К	0,4К	0,2К
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0

Для отримання точнішого профілю з урахуванням статі потрібно використовувати іншу таблицю.

Відмінності статистичних показників двох вибірок для діагностичних шкал

Стать	Чоловіки		Жінки	
	М	σ	М	σ
Вік	40,5	15,86	39,3	14,89
L	1,48	1,23	1,51	1,19
F	3,1	2,3	2,64	1,71
K	7,68	3,42	7,72	2,64
1	7,24	3	8,47	2,92
2	7,02	2,68	7,96	3
3	9,73	2,91	11,53	3,38
4	10,39	2,13	9,76	1,9
6	4,03	1,74	4,77	2
7	13,57	2,51	14,48	2,27
8	13,68	2,83	13,52	2,8
9	6,23	1,55	6,35	1,91

Переведення “сирих” балів у стандартні значення (після додавання відповідних значень за шкалою К) здійснюється за такою формулою:

$$T = 50 + \frac{10(X - M)}{\sigma},$$

де 50 – лінія норми, від якої ведеться відлік показників як угору (підвищення), так і вниз (зниження); X – отриманий кінцевий “сирий” результат за певною шкалою; M – емпірично виявлена медіана, тобто середньонормативний показник за цією шкалою; σ – величина середньоквадратичного відхилення від норми, виявленої в процесі стандартизації. Для базисних шкал всі ці дані вже враховані і співвіднесені з Т-балами профільного аркуша.

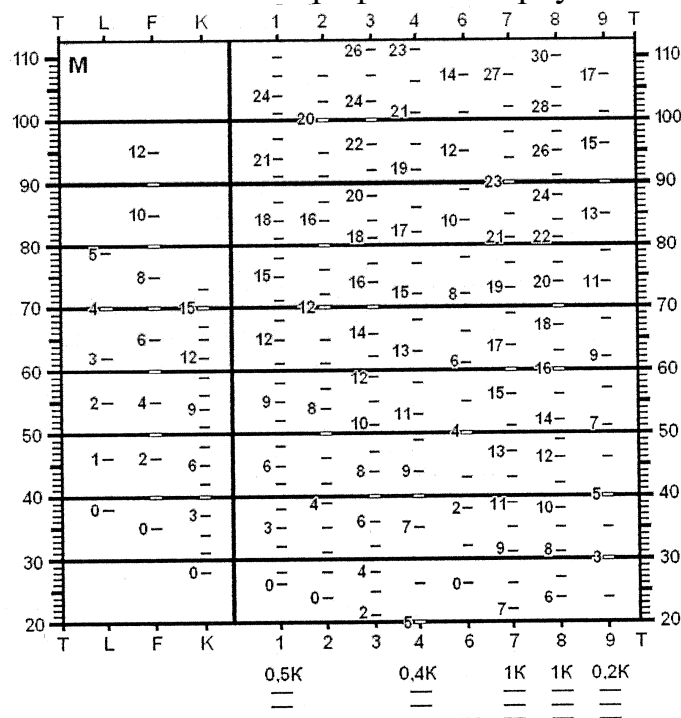


Рисунок В 1 – Профільний аркуш

Інструкція і картки з малюнками для проведення ТАТ

Інструкція. Я буду показувати вам малюнки, поглянувши на які ви складете оповіданнячко, сюжет, історію. Намагайтеся запам'ятати, про що потрібно в цьому оповіданнячку згадати. Ви скажете, що це за ситуація, на вашу думку, що за момент зображено на малюнку, що відбувається з людьми. Крім того, скажете, що було до цього моменту, у минулому щодо нього, ще раніше. Потім скажете, що буде після цієї ситуації, потім і в майбутньому. Треба також сказати, що відчувають люди, зображені на малюнку, або хто-небудь із них, їхні переживання, емоції, почуття, про що вони думають, їхні міркування, спогади, думки, рішення.

“Правильних” або “неправильних” варіантів не буває, будь-яка розповідь, що відповідає інструкції, буде хорошою.

Розповідати можна в будь-якому порядку. Краще не продумувати заздалегідь усю розповідь, а відразу говорити перше, що спаде на думку, а зміни або правки можна зробити пізніше, якщо в цьому буде потреба.

Літературне оброблення не потрібне, літературні якості оповідань оцінюватися не будуть. Головне, аби було зрозуміло, про що йдеться. Будь-які особисті питання можна буде задати по ходу.

Таблиці ТАТ, які рекомендуються до застосування для діагностики чоловіків з ознаками суїцидальної поведінки: 1; 2; 3BM; 4; 6BM; 7BM; 8BM; 11; 12BG; 12M; 13MF; 14; 15; 16.

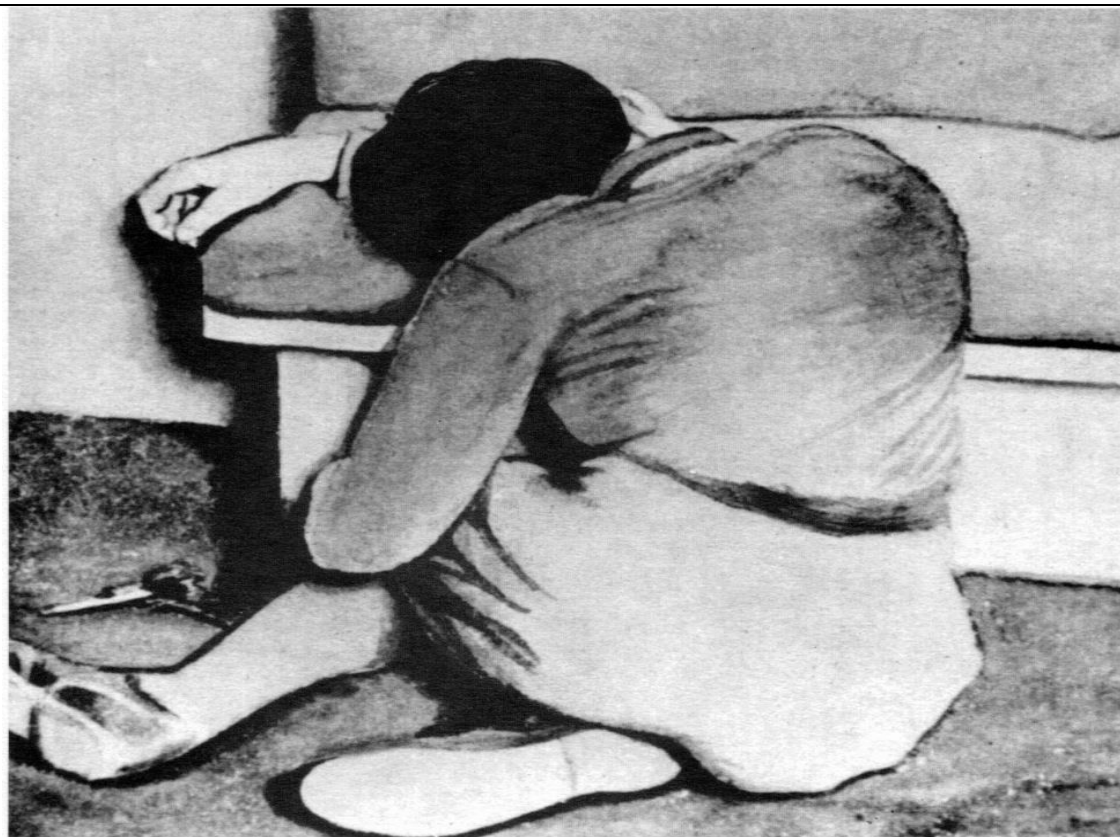
Таблиці ТАТ, які рекомендуються до застосування для діагностики жінок з ознаками суїцидальної поведінки: 1; 2; 3BM; 4; 6GF; 7GF; 8BM; 9GF; 11; 12BG; 13MF; 14; 16; 17GF.



Таблица ТАТ 1



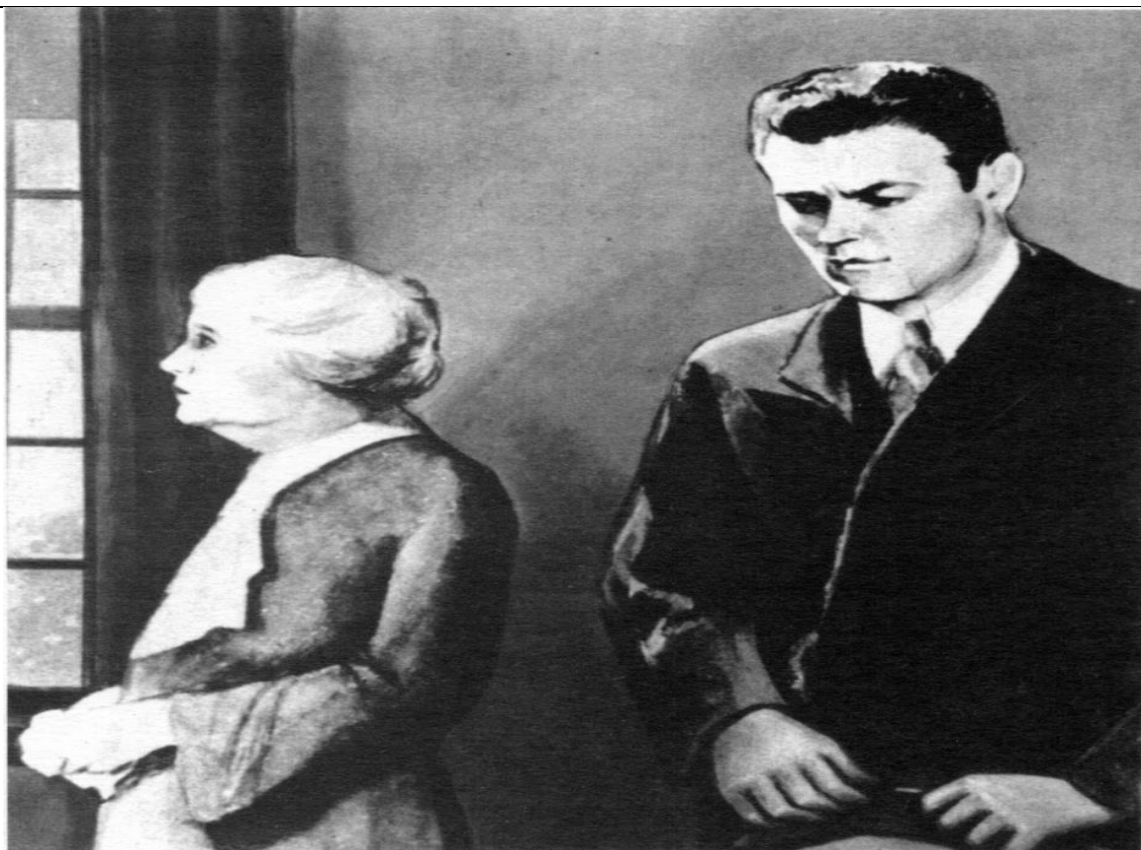
Таблица ТАТ 2



Таблиця ТАТ 3ВМ



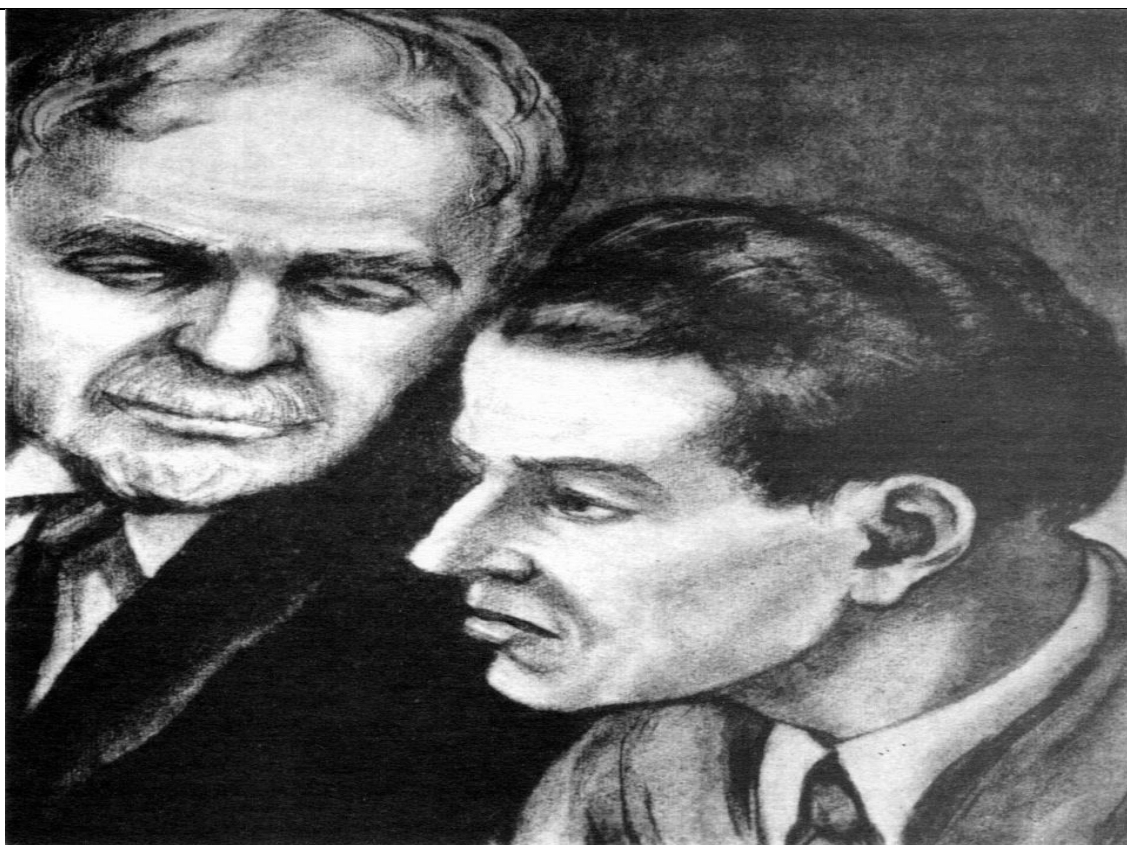
Таблиця ТАТ 4



Таблиця ТАТ 6ВМ



Таблиця ТАТ 6GF



Таблиця ТАТ 7ВМ



Таблиця ТАТ 7GF



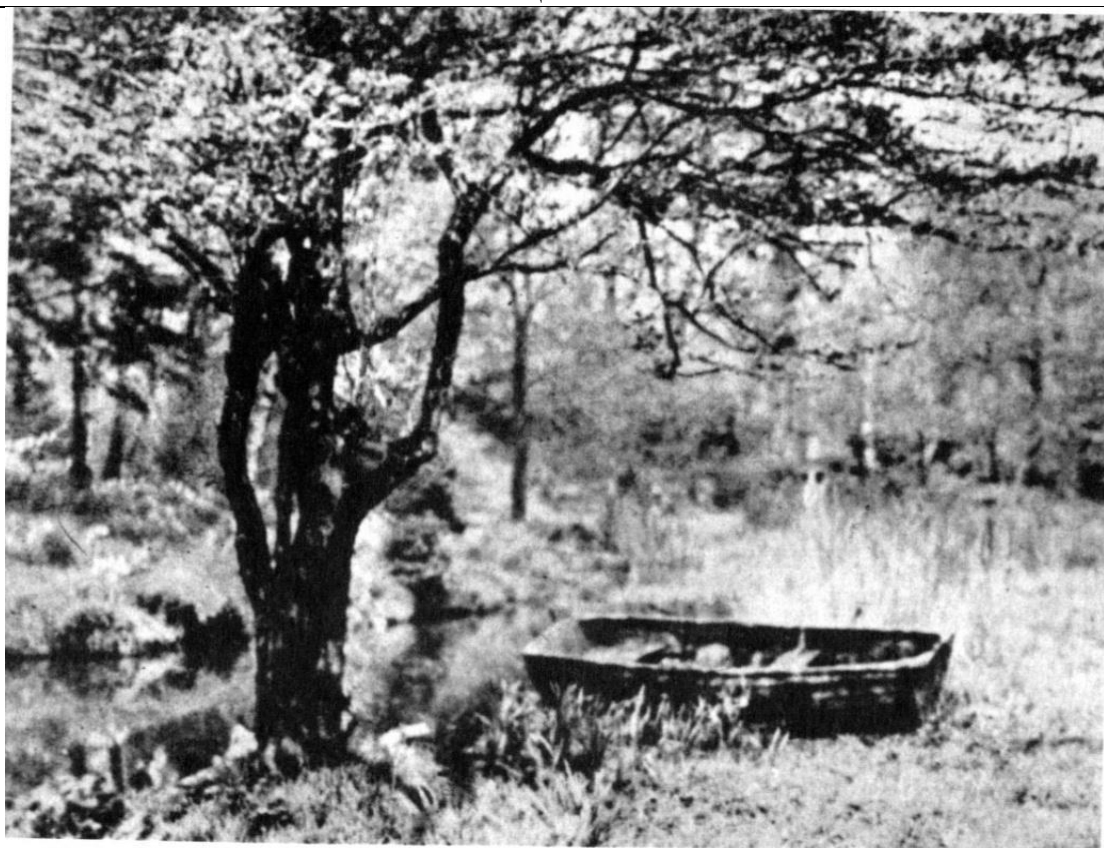
Таблиця ТАТ 8ВМ



Таблиця ТАТ 9GF



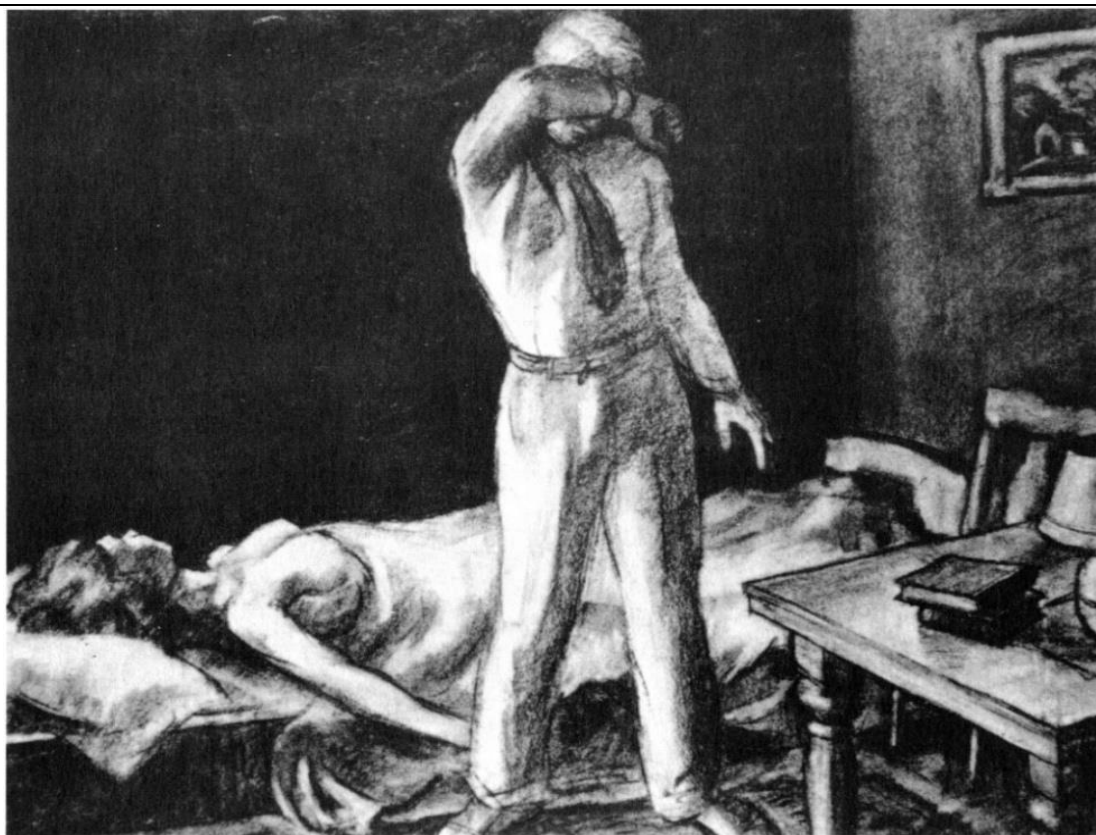
Таблиця ТАТ 11



Таблиця ТАТ 12BG



Таблиця ТАТ 12М



Таблиця ТАТ 13МФ

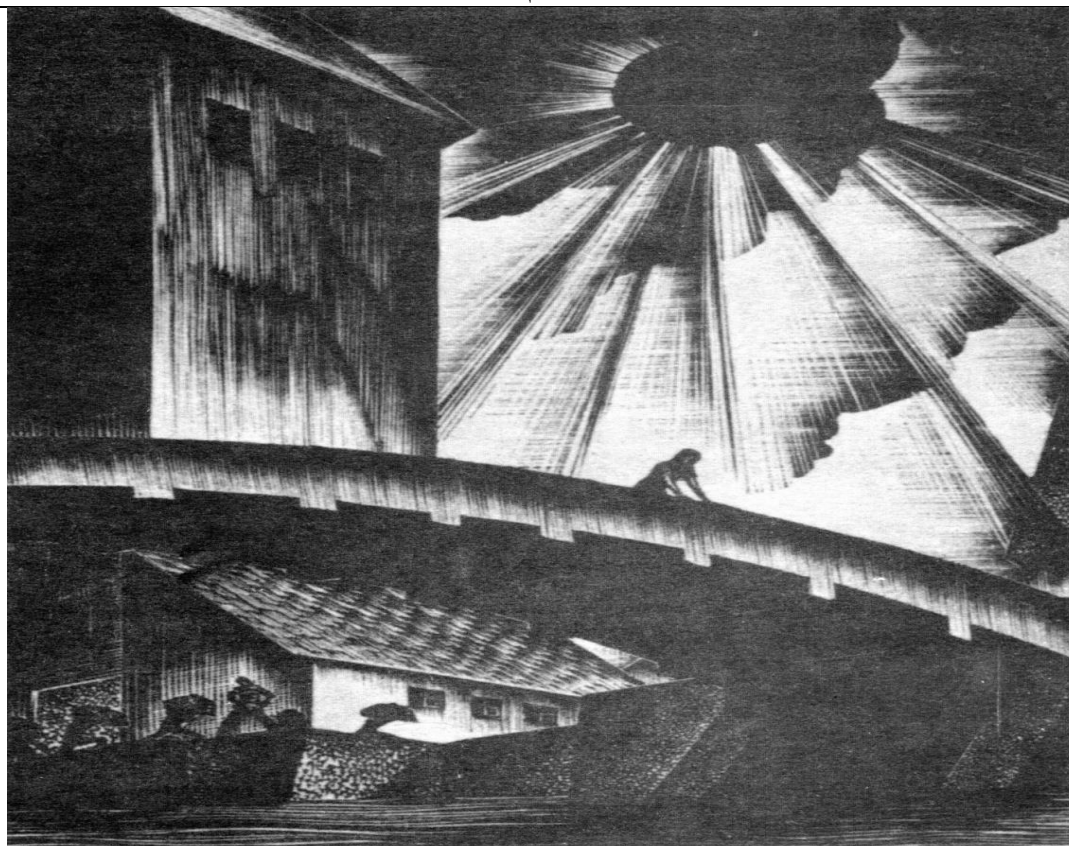


Таблица ТАТ 14



Таблица ТАТ 15

Таблиця ТАТ 16



Таблиця ТАТ 17GF

Пам'ятка
психологу до проведення психодіагностичної бесіди для визначення ризику
скоєння суїциду військовослужбовцем
(матеріал для друку)

Етапи / Блоки	Питання
1. Відкриті питання, які мають стимулювати розповідь про актуальні переживання	<ul style="list-style-type: none"> – Розкажіть про себе. – Як виникли ці обставини у вашому житті? Що ви відчуваєте з цього приводу? Чи виникали подібні ситуації раніше? Чи вдалося їх розв'язати тоді?
2. Визначення наявності загального наміру скоїти самогубство	<ul style="list-style-type: none"> – Ви вважаєте, що змогли б покінчити з усім цим? – Чи правильно я вас зрозумів, що ви іноді думаєте про самогубство? – Чи можна припустити, що ви хочете померти (вбити себе)?
3. Визначення наявності конкретизованого наміру скоїти самогубство (задаються в разі схвальних відповідей на попередній пункт)	<ul style="list-style-type: none"> – Як часто у вас з'являються думки про самогубство? – Чи уявляєте ви, як це може статися? – Чи думали ви про те, як це може відбутися? – Можливо, ви вже думали, як це можна вчинити, яким конкретно способом, як для цього мають скластися обставини?
4. Визначення наявності готовності до дій чи набутої моделі суїцидальної поведінки (задаються в разі схвальних відповідей на попередній пункт)	<ul style="list-style-type: none"> – Скажіть, ви вже щось робили? – Ви вже якимось намагалися реалізувати свій задум загалом чи окремі пункти свого плану? – Бажання вбити себе було лише в думках чи ви вже намагалися його реалізувати? – Чи відбувалося в житті щось таке, що підштовхувало вас до рішучих дій? – Хто-небудь у вашій родині говорив про самогубство? Робив спроби? Здійснював самогубство? – Хто-небудь із твоїх друзів колись говорив про суїцид? Намагався це зробити? Здійснював самогубство?
5. Питання про спосіб скоєння самогубства, мотиви та підстави для його скоєння (задаються в разі схвальних відповідей на пункт 3 чи (та) 4)	<ul style="list-style-type: none"> – Якщо ви вирішили вбити себе, то яким способом ви би це зробили? – З чим пов'язаний вибір цього способу? – Чи є у вас доступ до цього способу (зброї, отрути, медикаментів)? – Чому саме цей спосіб є найприйнятнішим? – Яких наслідків від учинення вами суїциду ви очікуєте для себе, для оточення? – Навіщо вам потрібно вчинити суїцид саме таким способом?
6. Питання в разі повторних спроб (задаються в разі схвальних відповідей на 4-й пункт)	<ul style="list-style-type: none"> – Чи намагалися ви вбити себе? Я ви це робили? – Чому спроба не вдалася? Вам надали допомогу? Хто? У чому саме вона полягала? – Що сталося з вами після цього? – Як ви збираєтеся здійснити наступну спробу?

Етапи / Блоки	Питання
<p>7. Діагностика антисуїцидального бар'єра (задаються в разі схвальних відповідей на пункти 2–6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Що вас зупиняє (зупинило в той момент)? – Про що ви подумали, коли це робили? – Що утримало вас від цього кроку? – Що тримає вас у цьому житті? – Чи відчуваєте ви здатність протистояти цим думкам? – Чи є у вас які-небудь надії на майбутнє? На наступний тиждень? Наступний рік? – Що ви думаєте про майбутнє? Чи є який-небудь вихід із цього становища? – Хто міг би надати вам підтримку? Чи зверталися ви до психолога? Це допомогло?
<p>8. Питання для ідентифікації суїцидогенної проблеми (задаються в разі схвальних відповідей на пункти 2–6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Відколи ви вважаєте своє життя настільки безнадійним? Як ви гадаєте, чому у вас з'явилося це почуття? – Що з вами трапилося останнім часом? Коли ви відчули себе гірше? Що сталося у вашому житті відтоді, як виникли ці зміни? – Кого з оточення вони стосувалися?

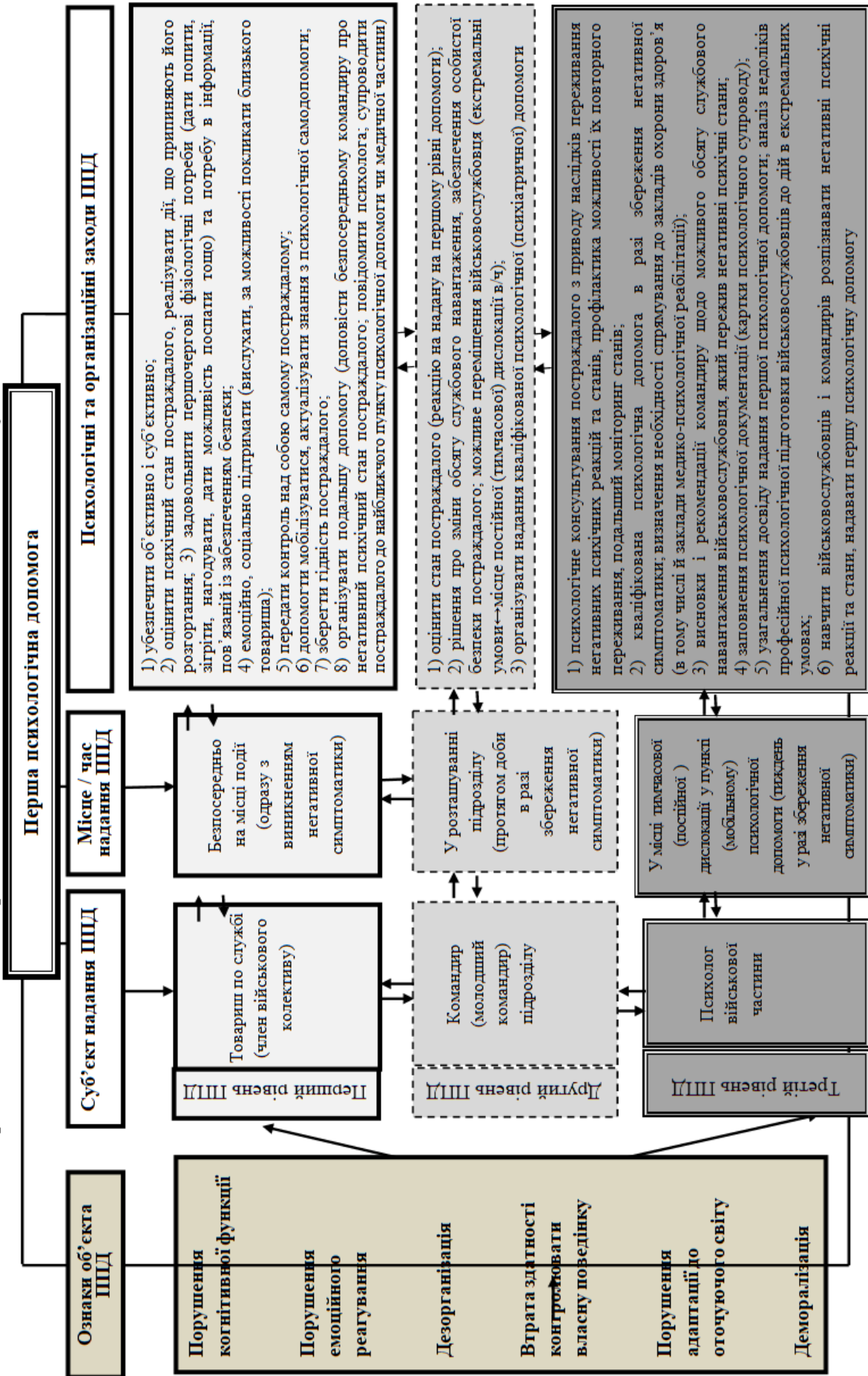
Пам'ятка для проведення дебрифінгу
(матеріал для друку)

Фази	Порядок дій, питання
Вступна	1. Представитися. Познайомитися з іншими. 2. Висловити співчуття. 3. Визначити цілі дебрифінгу, поділитися своїми відчуттями й реакціями, допомогти собі й іншим. Дізнатися, які реакції на подібні події є в інших людей і як вони їх долають. 4. Прийняти правила для створення атмосфери безпеки: <ul style="list-style-type: none"> – залишатися протягом усього часу (2–2,5 години); – висловлюватися лише від себе, не узагальнюючи висловлювання (потрібно назватися й висловити своє ставлення до події, вміти вислухати інших); – не відходити від теми; – право не висловлюватися (ніхто не може бути змушений висловлюватися проти власної волі); – ставитися один до одного з повагою, не висловлювати оцінних суджень; – зберігати конфіденційність
фактів	<ul style="list-style-type: none"> – Хто ви і як пов'язані з подією чи загиблим? – Де ви були, коли це сталося? – Що сталося? – Що ви бачили й чули?
думок	<ul style="list-style-type: none"> – Якою була ваша перша думка, коли усвідомили, що сталося (питання для свідків події, тих, хто намагався врятувати особу, яка скоїла суїцид)? – Якою була ваша перша думка, коли дізналися, що сталося (варіант для тих, хто не був безпосереднім свідком)? – Які рішення з приводу події ви приймали й чому?
переживань	<ul style="list-style-type: none"> – Як ви реагували? – Що було для вас найжахливішим із того, що сталося? – Що запам'яталося найяскравіше? – Які тілесні відчуття ви переживали під час подій? – Що б ви сказали загиблому, якби у вас була така можливість?
симптомів	1. У роздрукованому вигляді роздати описи симптомів повторення, уникнення, збудження, горювання, депресії, панічних атак. 2. Обговорюються прояви стресу та депресії на соматичному рівні: <ul style="list-style-type: none"> – головні і м'язові (у шиї, спині) болі як ознака стресу; – відчуття важкості в кінцівках як прояв депресії (втрата енергії); – порушення сну, тремор, прискорене серцебиття, дзвін у вухах, нечіткість зору; попереми́нне відчуття жару й холоду, біль у грудях; – порушення шлунково-кишкового тракту (погане травлення, запори, діарея, сухість у роті, часте сечовипускання тощо); – гіпервентиляція, важке дихання, підвищена пітливість

Кінець дод. Ж

Фази	Порядок дій, питання
завершення	<ol style="list-style-type: none"> 1. Коротко підсумувати все сказане. 2. Спитати, чи не залишилося чогось важливого, про що хотілося б сказати зараз. 3. Подякувати всім за участь, а також за те, що змогли поділитися своїми переживаннями, підтримати один одного. 4. Нагадати про конфіденційність. 5. Проговорити, як учасники можуть підтримати один одного. 6. Надати телефони служби довіри (роздати роздруковані візитки з номерами телефонів довіри цивільних і військових психологічних служб). 7. Уточнити час, коли можна прийти на індивідуальну консультацію до психолога частини
постдобріфінг	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приділити увагу тим учасникам, які викликають найбільше занепокоєння, поговорити з ними сам на сам. 2. Супервізія. Ведучі надають зворотний зв'язок один одному

Протокол надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям НГУ



Тренінгові вправи, які можуть бути використані у груповій роботі з корекції акцентуацій особистості

Тренінгові вправи до теми групової роботи “Вплив родини на формування й загострення акцентуацій характеру й темпераменту”

“Як я себе оцінюю”

Психолог розповідає притчу:

“Жив на світі фермер, який розводив курей. А ще він був скелелазом. Одного разу, підіймаючись на чергову скелю, він побачив величезний виступ. На цьому виступі було гніздо, в якому лежало три великих яйця. Це були яйця орлів. Розуміючи, що чинить погано, фермер, однак, одне з яєць поклав у свій рюкзак і, оглядаючись, чи немає поблизу орлиці, швидко побіг додому. Повернувшись на ферму, він відніс яйце орла в курник. Курка, що висиджувала яйця, сприйняла це яйце як своє.

Через певний час яйце тріснуло і малюк-орел побачив світ. Він голосно прокричав, дивлячись на курку: «Мамо!». Орлятко зростало разом зі своїми «братами й сестрами» курчатками. Воно робило все, що робили курчатка. Орел квокав, клював зернятка, шумно тріпав крилами, щоб, як решта курчат, підлетіти і впасти в пилуку, шукав черв'яків.

Так минали дні, він робив одну й ту саму роботу, жив турботами курячого роду. Та одного разу він підняв очі догори й побачив, як високо-високо в небі, гордо розкинувши крила, летить орел.

– Хто це? – запитав маленький орел у курки. – Він прекрасний! Скільки сили й гармонії в кожному його русі!

– Це орел, – відповіла курка. – Це небесний птах! А ми, ми просто кури!

Так сталося, що орел усе життя вважав себе куркою. Він так і не знайшов себе. Він ніколи не став орлом”.

Запитання для обговорення:

– Про що ця притча?

– Чи не буває так у житті, що людина, маючи певні здібності й талант, не розкриває їх?

– Чому так трапляється?

До уваги: поясніть учасникам, що найчастіше це відбувається тому, що людина не змогла знайти своє місце в житті. Аби визначити для себе “ким бути?”, треба багато знати і вміти.

“Асоціація на самого себе”

Кожному учаснику пропонується назвати своє ім'я і дати дві асоціації про себе, перша – “Я такий, яким є зараз”, друга – “Я такий, яким я був рік тому”. Асоціювати себе бажано з явищами природи: погодою, порою року тощо. Ця вправа дозволяє учаснику стисло дати про себе інформацію і відрефлексувати наявність чи відсутність особистісних змін, що відбулися протягом останнього

року. Вправа також дає можливість діагностувати актуальність проблем адаптації та особистісні проблеми учасників.

“Подолання сумнівів у своїй силі”

Перший етап. Візьміть аркуш паперу, розріжте його на три колонки і назвіть їх: “Мої позитивні якості”, “Де я можу себе добре проявити”, “Чого я досяг”.

Другий етап. Заплющіть очі й зосередьтеся на кожному заголовку протягом 1 – 2 хвилин. Що спадає вам на думку? Запишіть свої позитивні якості.

Третій етап. Проробіть це для кожного заголовка. Потім зверніться до свого списку. Читаючи кожний пункт, створіть уявну картину того, що ви маєте ці якості, талант або певні досягнення. На закінчення створіть повну картину себе самого з урахуванням цих якостей, талантів і досягнень і зауважте, наскільки приємно це усвідомлювати.

Четвертий етап. На закінчення уявіть, ніби вас відзначають за успіхи, і подумки схвально поплескайте себе по плечу. Ви дійсно чудові. Ви багато чого досягли, прямуючи до своєї мети, і заслуговуєте на схвалення.

“Страхи – у бажання”

Мета: навчити навичкам трансформації негативної енергії власних страхів у позитивну енергетику бажань.

Інструкція. Візьміть, будь ласка, аркуш паперу, розділіть його на дві вертикальні колонки. У лівій колонці зробіть напис “мої страхи” і запишіть туди все, що ви можете розпочати такими словами: “я боюся...”, “мене непокоїть...”, “мене турбує...”, “мене хвилює...”.

Намагайтеся записати все, що спадає вам на думку, цей перелік особисто для вас, інші учасники не дізнаються про його зміст. На це вам відводиться 5 хвилин.

Пауза 5 хвилин.

А тепер подивіться на правий пустий стовпчик і зробіть там напис “мої бажання”. Кожен страх ховає за собою якість підсвідоме бажання, котре людина вважає нездійсненим, саме тому й відчуває його у вигляді страху. Наприклад, людина боїться захворіти, отже, вона бажає бути здоровою, але побоюється, що це в неї не вийде, саме тому й відчуває відповідний страх. Переформулюйте власні страхи в бажання, які за ними криються, і запишіть у правому стовпчику те, що спадає вам на думку. Будьте відверті із самими собою, записуйте те, що відразу спадає вам на думку. На це вам відводиться 5 хвилин.

Пауза 5 хвилин.

Далі подивіться, будь ласка, на перелік ваших бажань і уявіть собі, що минув місяць і зараз ви знову проглядаєте цей перелік. Подумайте, які з цих бажань досі для вас актуальні й важливі. Підкресліть їх. Поміркуйте, від кого залежить їх здійснення: від вас самих (поставте біля них літеру “Я”), від інших людей (літера “Л”), від долі (літера “Д”). У певних випадках ви можете поставити кілька літер біля того, що написали. На це вам відводиться 3 хвилини.

Пауза 3 хвилини.

А тепер, будь ласка, відірвіть ліву частину вашого аркуша (вона вам більше не потрібна), розірвіть її на маленькі шматочки та викиньте. У вас залишилися лише ваші бажання. Це ваш план дій. Подивіться на нього: скільки бажань залежить від вас, скільки від інших людей, скільки від долі. Ви бачите, що бажань, які зовсім не залежать від вас, не так вже й багато, і вони можуть перетворитися на цілі, які ви здатні досягти.

А зараз розкажіть, будь ласка, про ваші бажання, що залишилися для вас актуальними, і яким чином їх можна здійснити.

Очікуваний результат: учасники поетапно виконують вправу й наприкінці розповідають про її результати.

Висновок. Отже, ви бачите, що наші страхи, побоювання, переживання часто відображають бажання, у здійснення яких ми не віримо, саме тому вони й перетворюються на негатив і стають страхами, котрі витрачають наш енергетичний потенціал, замість того, щоб спрямовувати його на здійснення власних бажань і мрій. Проте варто лише замислитися над тим, як наші побоювання можуть стати бажаннями, котрі реально реалізувати в нашому житті, і наше життя зміниться, в ньому буде більше здійснених мрій і приємних відчуттів, треба лише зробити крок до цього!

“Образ Я”

Мета: позбутися негативних почуттів (зниження дії внутрішньо-особистісних факторів стресу).

Люди часто нездужають через непережитий стрес. Найпопулярнішим (і таким, що часто ігнорують) засобом зцілення насправді є свідомість людини. Непережитий стрес і викликані ним почуття зумовлені травмуючим досвідом минулого, проте хвилюють нас сьогодні. Ми стаємо заручниками простої ситуації тільки тому, що в нашій пам’яті активізується старий шкідливий запис і заважає активно й конструктивно реагувати. До таких почуттів належать: страх, сором, провина, тривожність, гнів, неповноцінність, безпомічність, депресія, вразливість.

Світ об’єктивний, а наше сприйняття світу й ми самі – суб’єктивні. Проте наше самопочуття і стресостійкість залежать від суб’єктивного сприйняття об’єктивного світу, частиною якого є ми самі. Неадекватно занижена самооцінка викликає почуття неповноцінності. Ця вправа дозволить учасникам позбутися цього гнітючого почуття.

Перший етап: усім учасникам тренінгу пропонується використовувати метод гіперболізації, перебільшено продемонструвати своє почуття неповноцінності в групі.

Кожен, по черзі розповідаючи, який він глупий і неповноцінний, намагається напускати на себе глупий вигляд, утрирує вираз обличчя, робить спробу вести себе глупо й абсурдно, рухаючись аудиторією. Далі за командою тренера учасники намагаються змінити свої відчуття на протилежні. Кожен повинен підійти до дзеркала, поглянути в нього й виголосити: “Я приймаю себе. У мене все в порядку”.

Другий етап: після того, як усі учасники виконали попередню процедуру, починається обговорення проблеми. Кожен мусить відповісти на запитання: “Що переконало мене, що я був не в порядку?”

Третій етап: тренер починає з коментаря про те, що більшість пережитих почуттів є щирими й відповідають дійсності. Однак, якщо ви експлуатуєте свої почуття і вони не відповідають реальній дійсності, то ви збираєте й чіпляєте на себе негативні ярлики і цей тягар на вас тисне. Позитивне ставлення до себе – це “золотий ярлик”. “Золоті ярлики” відповідають реалістичній поведінці “тут і зараз”, почуттям щирим і гідним дорослої особистості. Починайте збирати “золоті ярлики” прямо зараз і вручайте їх собі кожного разу, коли виконаєте щось упевнено. Скажіть собі: “Я зробив це добре!” А тепер складіть список усіх тем, в яких ви компетентні. Не потрібно нехтувати будь-якими деталями життя, які ви повноцінно реалізуєте. Це і є ваші “золоті ярлики” сьогодні.

Протягом 5–7 хвилин учасники працюють над виконанням завдання. Далі кожен зачитує свій список. Тренер просить порахувати кількість “золотих ярликів” і видає кожному “орденські стрічки” згідно з кількістю названих позитивних самооцінок.

“Змах”

1. Визначте на цей час свою небажану реакцію (поведінку), наприклад, відчуття тривоги, серцебиття тощо.

2. З’ясуйте картину-тригер.

Визначте, які саме стани передують небажаній реакції (наприклад почуття тривоги або страху), що ви такого бачите (чуєте, відчуваєте), що змушує вас хвилюватися. Якщо ви можете визначити тільки аудіальні чи кінестетичні ключі (тригери), то зробіть накладення на візуальний ключ: “Якби цей звук чи відчуття було картинкою, який би вигляд вона мала?”

Створіть великий яскравий асоційований образ того, що ви бачите саме перед початком небажаної поведінки. Відкалібруйте свою зовнішню поведінку (мають проявитися небажані почуття чи поведінка!) і подумки відкладіть цю картинку в бік.

3. Створіть нову картину – бажаний стан. Уявіть себе: яким би ви були, якби більше не мали цієї проблеми. Якою б іншою людиною ви бачили себе, коли б звільнилися від цієї небажаної поведінки? Переконайтеся в тому, що ви уявляєте собі дисоційовану картину себе як іншої людини: спроможнішої і такої, яка має більшу свободу вибору. Переконайтеся у тому, що картина: а) відображає вашу нову якість, а не яку-небудь конкретну поведінку; б) дисоційована й залишається такою; в) подобається вам; г) не має вузького контексту (зробіть фон навколо образу якомога розмитішим).

4. Проведіть екологічну перевірку. Дивлячись на це зображення самого себе як такого, яким ви хочете бути, подумайте, чи є у вас які-небудь сумніви стосовно того, щоби стати саме такою людиною. Використовуйте будь-які можливості змінити цю картинку так, аби повністю погодитися з новим образом себе.

5. Підготуйтеся до “змаху”. Створіть великий яскравий асоційований образ тригера (крок 2) і помістіть невелику темну картинку бажаного образу себе (крок 3) усередину цього образу.

6. Зробіть “змах”. Уявіть, як картинка бажаного образу швидко стає більшою і яскравішою, а картина тригера водночас зменшується в розмірах, тьмяніє і втрачає яскравість. Потім розплющіть очі або зітріть зображення зі свого візуального “екрана”, уявивши собі що завгодно інше.

7. Повторіть цю процедуру п’ять разів, щоразу прискорюючи процес. Не забудьте робити перерву після кожного “змаху” для того, аби послідовність “змахів” була в одному напрямку.

8. Перевірте успішність вправи. Уявіть собі ту саму ситуацію. Якщо техніка “змаху” вдалася, то втримати картинку тригера (крок 2) буде нелегко; природним шляхом її замінить новий бажаний образ себе (крок 3). Якщо образ (крок 2) зберігається, то варто знову кілька разів повторити крок 6, після чого провести ще одну перевірку.

“Кінопроба”

(на розвиток почуття власної значущості)

1. Перелічіть п’ять моментів свого життя, якими ви пишаєтеся.

2. Виберіть у своєму списку одне досягнення, яким ви пишаєтеся найбільше.

3. Підведіться і промовте, звертаючись до всіх: “Я не хочу хвалитися, але...”, і доповніть фразу словами про своє досягнення.

Питання для обговорення :

– Що ви відчували, коли ділилися своїми досягненнями?

– Як вам здається, у момент вашого виступу інші відчували те ж саме, що й ви? Чому?

“Ліцензія на щастя”

Ведучий пригадує разом з учасниками, що таке ліцензія і в яких випадках її видають. Потім психолог звертається до учасників із такою пропозицією: “Я хотів би, аби кожен із вас сам видав собі ліцензію на щастя. Напишіть, якими ви маєте стати, що повинні робити, аби почувати себе щасливим, що ви при цьому можете відчувати, про що думати, як себе поводити. Ви можете глибше замислитися над тим, яким повинні бути. Візьміть аркуш паперу, напишіть заголовок “Ліцензія на щастя для...” і поставте своє ім’я. Поставте сьогоднішню дату і починайте фантазувати. Ви можете сформулювати все цілком серйозно, а можете – з гумором”.

Після завершення роботи всі ліцензії збирають і по одній зачитують, не називаючи імені автора.

На завершення розмови психолог роздає учасникам своєрідну пам’ятку-рекомендацію – вірш відомого психолога Р. У. Емерсона.

Якщо ви боїтесь, що вас поб’ють,

Вважайте себе побитим.

Якщо ви гадаєте, що ви не можете,

Ви не зможете ніколи.

Якщо ви вважаєте, що програєте,

Ви вже програли.
 Тому що в усьому світі ми бачимо,
 Що успіх починається з волі людини –
 Усе залежить від стану розуму.
 Якщо ви будете вважати, що вас лишать позаду,
 Це так і буде.
 Ваші думки повинні летіти високо,
 Щоб дати можливість вам піднятися,
 Перш ніж зможете здобути перемогу,
 Ви повинні бути впевнені в собі.
 Найсильніший і найшвидший
 Не завжди перемагає в життєвих битвах.
 Рано чи пізно перемога дістається тому,
 Хто вважає, що він це може.

Робота з притчами

Ведучий розповідає учасникам відомі притчі, потім їх обговорюють у групі.

“Зроби спробу”

Одного разу цар вирішив випробувати всіх своїх придворних, аби довідатися, хто з них здатний зайняти в його царстві важливу державну посаду. Безліч владних і мудрих чоловіків оточили його. “О, мудреці, – звернувся до них цар, – у мене для вас є важке завдання, і я хотів би знати, хто зможе виконати його”. Він підвів присутніх до таких величезних дверей, яких іще ніхто ніколи не бачив. “Це найбільші і найважчі двері, що будь-коли були в моєму царстві. Хто з вас зможе відчинити їх?” – запитав цар. Одні придворні тільки заперечливо хитали головою. Інші, кого вважали мудрими, подивилися на двері ближче, але зрозуміли, що не зможуть їх відчинити. Раз уже мудрі зізналися в цьому, то й інші погодилися, що це завдання занадто складне. Лише один візир підійшов до дверей. Він уважно їх оглянув, обмацав, потім по-різному спробував їх зрушити й нарешті різко штовхнув їх. О, диво, двері відчинилися! Вони були просто причинені, але не замкнені. Потрібна була лише воля, щоб це перевірити, і відвага, аби діяти рішуче.

Тоді цар оголосив: “Ти посядеш цю посаду при дворі, бо покладаєшся не тільки на те, що бачиш і чуєш, але й на власні сили і не боїшся робити спробу”.

Отже, у кожного на шляху трапляються труднощі, але головне – не опускає рук, а долати труднощі, працювати і знову долати труднощі, робити спроби.

“Урок метелика”

Одного разу в коконі з’явилася маленька щілінка, людина, що випадково проходила, довгі години стояла і спостерігала, як через цю маленьку щілінку намагається вийти метелик. Минуло багато часу, метелик начебто припинив свої спроби, а щілина залишалася такою ж маленькою. Здавалося, метелик зробив усе, що міг, і ні на що інше в нього не лишалось сил.

Тоді людина вирішила допомогти метеликові, вона взяла перочинний ніжик і розрізала кокон. Метелик звільнився, але його тільце було слабким і немічним, його крила були прозорими й ледь рухалися.

Людина продовжувала спостерігати, думаючи, що от-от крила метелика розправляться, зміцніють і він полетить. Нічого такого не трапилося!

Залишок життя метелик волочив по землі своє слабке тільце, свої нерозправлені крила. Він так і не зміг літати.

А все тому, що людина, бажаючи йому допомогти, не розуміла того, що метелику необхідне зусилля, аби вийти через вузьку щілину кокона, для того, щоб рідина з тіла перейшла у крила і метелик зміг літати. Життя змушувало метелика із зусиллям залишати цю оболонку, аби рости й розвиватися.

Іноді саме зусилля необхідне нам у житті. Якби нам дозволено було б жити, не долаючи труднощі, ми були б обділені, не стали б такими сильними, як зараз. Ми ніколи не змогли б літати.

Я просив сил... А життя дало мені труднощі, щоб зробити мене сильним.

Я просив мудрості... А життя дало мені проблеми, щоб їх вирішувати.

Я просив багатства... А життя дало мені мозок і м'язи, щоб я міг працювати.

Я просив можливість літати... А життя дало мені перешкоди, щоб я їх переборював.

Я просив любові... А життя дало мені людей, яким я міг допомагати у вирішенні їхніх проблем.

Я просив благ... А життя дало мені можливості.

Я нічого не одержав з того, про що просив. Однак одержав усе, чого потребував.

“Про каву”

До батька приходять молода дівчина й каже:

– Батько, я втомилася, у мене таке важке життя, такі труднощі й проблеми, я увесь час пливу проти плину, у мене немає більше сил... Що мені робити?

Замість відповіді батько поставив на вогонь три однакові каструлі з водою, в одну кинув моркву, в іншу поклав яйце, а в третю насипав зерна кави. Через якийсь час він вийняв із води моркву і яйце і з третьої каструлі налив у чашку кави.

– Що змінилося? – запитав він свою дочку.

– Яйце й морква зварилися, а зерна кави розчинились у воді, – відповіла вона.

– Ні, донечко моя, це лише поверховий погляд на речі. Подивися: тверда морква, побувавши в окропі, стала м'якою, тендітне й рідке яйце стало твердим. Зовні вони не змінилися, а лише змінили свою структуру під впливом однакових несприятливих обставин – окропу. Так і люди, сильні зовні, можуть розклеїтись і стати слабкими там, де тендітні й ніжні лише зміцніють...

– А кава? – запитала дочка.

– О! Це саме цікаве! Зерна кави повністю розчинилися в новому ворожому середовищі і змінили його: перетворили окріп на чудовий ароматний напій.

Є особливі люди, які не змінюються в силу обставин, вони змінюють самі обставини й перетворюють їх на щось нове і прекрасне, отримуючи із ситуації користь і знання...

“Переписана біографія”

У минулому багатьох учасників групи нерідко були події, у яких за всього бажання важко знайти позитив, щоб йому порадіти. Часто погляд, спрямований у минуле, затьмарює радості дня сьогоднішнього. Прості і для багатьох ефективна порада – жити зараз, отримуючи з минулого уроки і плануючи завтрашнє щасливе життя, – нерідко виявляється заскладною.

Допомогти додержуватися цього правила можуть вправи, спрямовані на так зване примирення з минулим. Завдання полягає в тому, щоб перерозподілити відповідальність за минулі нещастя між собою та обставинами життя і взяти на себе відповідальність за нинішній день і своє власне майбутнє. При цьому, звичайно, доведеться на деякий час заглибитися в минуле. Проте загальна мета під час роботи з біографічним матеріалом все ж таки полягає в тому, аби виявити й реконструювати позитивні аспекти біографії, немов переписати її заново.

За винятком рідкісних екстремальних випадків у біографії кожної людини позначаються як труднощі і нещастя, так і удачі, радості, щастя. Наше завдання зараз полягає в тому, аби розповісти власну біографію, залишивши в ній лише позитивні моменти, тобто такі події й обставини, які вас задовольняють, дають вам радість та інші приємні почуття.

Будь ласка, опишіть ці почуття якомога детальніше, використовуючи відчуття різних модальностей.

Учасники групи по черзі розповідають підготовлені позитивні автобіографії.

Обговорення. Як вам здається, що в почутих біографіях було найприємнішим? Який момент особисто для вас був найщасливішим?

“Проект біографії”

Тепер, коли ми упорядкували минуле, спробуємо пофантазувати й зазирнемо в наше позитивне майбутнє. Ми будемо повністю вільними в наших фантазіях і складемо кожен сам собі біографію на найближчі 5–10 років, включивши в неї всі наші мрії та плани, а також події й обставини, які, напевно, принесуть задоволення і радість.

Будь ласка, опишіть ці почуття якомога детальніше, використовуючи відчуття різних модальностей.

Учасники групи по черзі розповідають підготовлені “проекти” біографій.

Обговорення:

– Як вам здалося, що в почутих нами “проектах” біографій було найприємнішим?

– Який момент особисто для вас став би найщасливішим?

“Моя майбутня самореалізація”

Учасникам тренінгу пропонується уявити себе через 10 років за умови, що їхнє життя здійснюється в повній відповідності з найкращими побажаннями й очікуваннями. Учасники по черзі описують свій образ у майбутньому (скільки років, який вигляд мають, де і ким працюють, яке їхнє матеріальне становище і те, чого вони прагнуть). Далі обговорюються ті образи, які вдалося уявити учасникам тренінгу. Необхідно прагнути надавати цим образам максимальної визначеності, яскравості.

Тренінгові вправи до теми групової роботи “Професійне спілкування”

“Як стати своїм”

Учасникам тренінгу пропонується ситуація, коли військовослужбовець нікого не знає з членів колективу, але хоче познайомитися з ними й увійти в контакт. Для цього йому необхідно сказати кілька фраз, аби на нього звернули увагу, сприйняли як “свого”.

Програється кілька варіантів такого знайомства, після чого проводиться обговорення. Військовослужбовці надають зворотний зв'язок у процесі пошуку оптимальної моделі поведінки (що відповідає нормам військового середовища).

“Внутрішнє виправдання”

Учасникам пропонується низка завдань.

Пройтися так, як ходить:

- дитина двох років;
- дуже стара людина;
- п'яний чоловік;
- упевнена в собі людина;
- закохана людина;
- артистка балету.

Сидіти на стільці так, як сидять:

- касир на робочому місці;
- наречений на весіллі;
- вершник на коні;
- вагітна жінка;
- стомлена людина;
- підсудний.

Посміхнутися так, наче:

- для обкладинки журналу;
- після великого виграшу в лотерею;
- даєш надію товаришу, підтримуєш його.

Учасникам необхідно запропонувати цілу серію таких вправ.

Вправа оцінюється позитивно за виразність міміки і пластики, цікаві знахідки, відповідність стимулові, рухливості переключення нервових процесів. Ця вправа виявляє характер творчого уявлення, стимулює розвиток креативності і фантазії, здатність до емоційного (імпульсивного) сприйняття, імпровізації, спостережливості, розвитку почуття гумору тощо. Особливо

потрібно звернути увагу на те, що якісне виконання завдання можливе лише за усвідомлення того, що відчуває заданий герой, його переживань, цінностей, досвіду тощо (у випадку певної ідентифікації з ним).

“Упевнене (непевнене) агресивне поведження”

Кожному з учасників пропонується взяти участь у розігрітій ситуації звичайного побутового чи професійного спілкування, в кожній з яких він спочатку продемонструє непевнене, потім впевнене, потім агресивне поведження. Для цього можна використовувати такі ситуації:

- звернутися з проханням до знайомого повернути давно заборговані гроші;
- попросити незнайомого підняти кинутий ним недопалок;
- звернутися з проханням до незнайомої людини не палити в черзі на зупинці маршрутного таксі;
- звернутися до знайомого з проханням дати гроші в борг або виступити поручителем по кредиту.

Кожний з учасників має можливість спостерігати різні способи прояву впевненості, тривоги, агресії, що розвиває його чутливість до ситуацій взаємодії. Група аналізує, які способи поведження кожному з учасників вдавалися найкраще і чому. Наскільки кожному учаснику вдавалося відчути і продемонструвати оточенню різницю між своїм непевненим і впевненим поведженням, між упевненим і агресивним поведженням, тобто наскільки він здатен до диференціації свого поведження. Які способи поведження в тих чи інших ситуаціях дають найкращий ефект. Що відчувають партнери по спілкуванню, до яких застосовуються такі способи поведження. Як вони реагують на той чи інший спосіб поведження. Під час обговорення варто наголосити, що в арсеналі кожної людини мають бути різні способи поведження, у тому числі й агресивне, і непевнене.

“Закон гармонії”

Мета: формування толерантності та рефлексії.

Вправа формує етичну культуру міжособистісної комунікації та відносин.

Тренер пояснює завдання учасникам, просить розділити аркуш на дві частини.

1. “Дозволяю собі, забороняючи іншим”. Перерахуйте ваші вчинки, спрямовані на отримання переваги за рахунок оточення. Визначте ступінь свободи ваших дій. Чи дозволяєте ви собі: спізнюватися, підвищувати голос на інших, ігнорувати чийсь думку (товариша, дитини, підлеглого тощо), висміювати когось і т. д.

2. “Забороняю іншим, дозволяючи собі”. Перерахуйте дії оточення, на які накладаєте заборону, але дозволяєте собі. Наприклад: критикувати, оцінювати, створювати безлад, байдикувати.

Поміркуємо над запитаннями:

- Чи варто забороняти собі бути вільним, аби мати підстави засуджувати інших?
- Чи варто дозволяти собі помилятися, що, забороняючи іншим, ви маєте на це право?

Гармонія полягає у свободі і праві кожного бути самим собою. Інакше занадто високу ціну доведеться заплатити за мідну корону самозванця.

А тепер складемо списки під заголовками: “Забороняю собі та іншим”, “Забороняю собі, дозволяючи іншим”.

Розв’язання ситуацій, запропонованих учасниками.

Обговорення результатів: підведення підсумків про рівень рефлексії у кожного з учасників тренінгу, визначення необхідного рівня і частоти самомоніторингу.

“Неоднозначність життя”

1. Ваше завдання полягає в тому, аби побачити хороше в найнеприємнішій для вас людині. Будь ласка, коротко опишіть цю людину, а потім розкажіть, що в ній є хорошого.

2. Розгляньте якомога більше своїх характерних рис: мова, одяг, поведінка в цілому тощо. Поставте собі запитання: наслідуючи кого, ви їх набули? Друзів? Ворогів?.. Якщо ви схвалюєте в собі певну особливість, чи відчуваєте ви подяку до її джерела?

3. Які якості вас дратують в інших людях? Подивіться на них з іншої позиції: наприклад, того, які ваші особисті якості сприяють тому, що вас дратує в інших людях. Так, мене дратують люди, які брешуть. Моїми якостями, що сприяють цьому, є моя непроникливість, недалекоглядність, нездатність розбиратися в людях.

4. Згадайте, стосовно кого ви відчуваєте провину чи образу. Якби ті ж самі дії вчинив хтось інший, чи викликали б вони те ж саме почуття? Тепер згадайте свої стосунки з цією людиною в цілому. Якою мірою ви приймаєте за певну річ те, що, можливо, вона зовсім не сприймає як певну річ? Чи хочете ви змінити статус-кво? Тоді замість того, щоб мучити себе відчуттями провини чи образи, пошукайте шляхи розширення області контакту!

Обговорення:

– Чи можна знайти щось хороше в людях, які вам не подобаються?

– Що в цьому може нам завадити?

“Якості, які дратують в інших людях”

Учасникам дають аркуші, їм відводиться одна хвилина, аби написати всі якості, які дратують учасника в інших людях. Після того, як хвилина минула, якості зачитуються по колу. Коли всі якості оголошено, ведучий пропонує поглянути на них під іншим кутом: які якості в нас особисто сприяють тому, що нас дратує в інших людях, саме ті якості, які всі учасники написали. Наприклад, мене можуть дратувати люди, які брешуть. Моїми якостями, які сприяють цьому, є моя непроникливість, недалекоглядність, нездатність розбиратися в людях.

Ведучий пропонує всій групі допомогти кожному учаснику, який зачитує свої якості, розібратися, чому саме ті чи інші якості можуть його дратувати.

“Відпрацювання способів нейтралізації маніпуляцій”

Мета вправи – усвідомлення маніпулятивних впливів на себе, розширення арсеналу протидії маніпулятивним впливам.

Перед початком вправи тренер розповідає про маніпуляції, поширені (наприклад “на слабо”) у військових колективах, і про ефективні способи їх подолання.

Вправу проводять у парах. Партнери згадують ситуації з особистого життя або професійної діяльності з яскраво вираженими маніпуляціями й розігрують їх, по черзі виступаючи в ролі “маніпулятора” і “нейтралізатора”.

Обговорення вправи в загальному колі дозволяє зрозуміти різноманіття маніпулятивних впливів, усвідомити маніпулятивні впливи, які чиняться на керівників; усвідомити можливість для себе використання інших способів протидії маніпуляціям, яких досі не було в арсеналі учасників і з якими вони ознайомилися в ході виконання завдання.

Тренінгові вправи до теми групової роботи “Планування майбутнього. Побудова військової кар’єри”

“Сходинок досягнень”

Вправа спрямована на актуалізацію процесу цілеспрямованого поведження (досягнення мети), його усвідомлення.

До учасників звертаються з проханням подумати про яку-небудь мету, якої їм хотілося б досягти протягом найближчого року, і стисло її записати. Після цього вони малюють на аркуші паперу формату А4 шість сходінок. Нижня сходинка позначає стан, коли ця мета абсолютно не досягнута, верхня – коли вона повністю досягнута. Учасникам пропонується записати біля першої і останньої сходінок по 2–3 ознаки, що позначають особливості ситуації, коли мета, відповідно, не досягнута або досягнута повністю. Після чого учасників просять поміркувати, на якій сходинці досягнення мети вони перебувають у цей момент, зазначити цю позицію і записати її 2–3 головні характеристики.

Коли цю частину роботи завершено, перед учасниками постає головне питання: що конкретно необхідно зробити, аби піднятися в досягненні мети на сходинку вище. На роздуми дається 1,5–2 хвилини, після чого учасники повинні записати або замалювати головні міркування щодо цього. По завершенні ставиться ще одне запитання: коли саме кожен з учасників зробить те, що йому потрібно для наближення до мети ще на одну сходинку?

Потім учасників просять висловитися щодо висновків, які вони зробили особисто для себе під час виконання цієї вправи, а також у яких життєвих ситуаціях, на їхню думку, доцільно застосовувати подібні техніки. За бажанням кілька учасників можуть детальніше розповісти про мету, яку вони поставили, і дії, які запланували для її досягнення. Обговорення має сприяти формуванню в учасників здатності ставити цілі, досягати їх за наявних ресурсів, залучати додаткові ресурси ззовні, докладати необхідні зусилля, перерозподіляти свої ресурси тощо.

“Стріла”

Тренер звертається до учасників: “Ми пропустили через свою свідомість величезну кількість інформації. Спочатку її всю ми використовуємо для самопізнання, а потім – і для самозмін. Однак для того, щоб досягти певних

змін, необхідно чітко знати, чого хочеш. Розслабтеся. Сядьте зручно, щоб не хотілося змінити позу. Заплющіть очі. Не намагайтеся прикладати зусилля, аби стежити очима за мною: лише спостерігайте за тим, що бачите й відчуваєте. Якщо хтось нічого не зможе уявити, просто відпочивайте.

Уявіть, що тримаєте в руках лук. Відчуваєте м'язами ніг, як надійно ви стоїте на землі. Тримаєте лук однією рукою, а тятиву зі стрілою – іншою. Відчуйте, як напружуються м'язи рук, коли ви натягуєте тятиву. А тепер спробуйте ясно й чітко побачити перед собою ціль. Подивіться, як указує на неї вістря стріли. Ваш лук заряджений і повністю готовий до пострілу, стріла спрямована точно в ціль. Відчуваєте, скільки енергії сконцентровано у стрілі. Вам варто лише відпустити стрілу, щоб ця енергія понесла її до цілі... І от стрілу випущено. Стежте за її польотом і відчувайте її спрямованість на ціль. Нічого більше не існує для стріли – лише ціль. Жодних сумнівів, відхилень убік, відступів. Стріла летить прямо і входить точно в середину мішені.

Спокійно і впевнено ви можете послати в ціль ще кілька стріл і відчути спрямовану в одну точку сконцентровану силу і рішучість... (*1 хв*). Тепер повертайтеся назад і повільно розплющуйте очі”.

“Шлях до мети”

Учасникам тренінгу пропонують подумати про найважливіші цілі, що стоять перед ними на цьому етапі життя, і коротко в кількох ключових словах описати їх. Спектр цих цілей може бути дуже широким: абстрактні й конкретні цілі, важкодоступні й легкі, далекі і близькі. Вирішальне значення має те, що мета важлива для учасника, і він дійсно бажає її досягнути (на виконання цього завдання відводиться *5 хв*). Потім учасникам пропонують вибрати з цього списку ту мету, яка в цю хвилину є найближчою, найпривабливішою для них. Вони зручно сідають і заплющують очі. Учасникам пропонується набрати в легені вдвічі більше повітря і разом із повітрям, яке вони видихають, випустити всі турботи, думки, невідкладні справи, напруження. Необхідно зосередитися на вибраній меті (*30 с*).

У свідомості учасників має виникнути картина чи образ, що символізує для них цю мету. Залишаючись із заплющеними очима, вони уявляють довгу пряму стежку, що веде на вершину пагорба, а над яким вони бачать саме той образ, що символізує вибрану мету. По обидва боки від стежки різні сили намагатимуться звернути учасників із вибраного шляху, заважатимуть досягнути вершини пагорба (*1 хв*). Ці сили символізують різноманітні ситуації, які відволікають людей, а також менш важливі цілі, негативні настрої. У їх розпорядженні багато засобів, які можуть змусити учасників зійти з вибраного шляху. Вони намагатимуться позбавити їх мужності або чимось звабити, навести логічні доводи, що йти далі немає сенсу, можуть залякати або викликати почуття провини (*1 хв*).

Учасники повинні уявити себе згустком волі і йти вперед стежкою, не поспішаючи, аби усвідомити стратегію кожного “збудника спокою”. Їм необхідно відчути напрямок руху, можна навіть поговорити з кимось із тих, хто відволікає, однак потім знову продовжувати шлях (*3 хв*). Коли учасник досягне вершини пагорба, йому необхідно уважно поглянути на образ, що

символізує його мету, відчутти його, і трохи побути поруч, насолодитися його близькістю. Він повинен відчутти, що для нього означає цей образ, прислухатися до нього (*1 хв*).

Потім усі образи відходять на другий план, а учасники забирають із собою те, що виявилось для них важливим, і поступово повертаються назад. Учасники розплющують очі і записують свої роздуми про мету й ті образи, що змушують зійти з вибраного шляху.

“Пошук найкращої альтернативи”

Подумайте про подію, яка може трапитись у найближчому майбутньому і якої б ви не хотіли. Не варто думати про трагічні події, виберемо просто неприємні.

Розкажіть, будь ласка, про ваші побоювання групі і запропонуйте 4–5 найкращих альтернатив неприємним почуттям, пов’язаним із цією подією.

Я попрошу членів групи допомагати один одному в пошуку найкращих альтернатив.

Обговорюючи вправу, можна ставити запитання: “Що ви відчували, обдумуючи найкращі альтернативи?”

“Добре в поганому”

Як ми чинимо з усілякими неприємностями, що неминуче трапляються в нашому житті?.. Наші реакції можуть бути різними. Можна повністю сконцентруватися на помилках і невдачах, образливих словах, несправедливості і злості, які, безумовно, існують у сучасному світі. Цей спосіб поведінки з негативним дуже поширений. Більше того, деякі люди до такої міри концентруються на негативному, що самі починають створювати негатив навколо себе.

Однак досвід переконує, що в будь-якій негативній події чи явищі завжди є щось позитивне. Залишивши без уваги банальний “наполовину порожній – наполовину повний стакан”, сконцентруємося на простому прийомі, який не дозволяє псувати нам настрій від минулих або майбутніх неприємностей.

Прийом полягає в тому, що у трагедії або в очікуваній неприємній події ми шукаємо позитивні моменти, образно уявляємо собі цей позитив і вживаємося в нього.

Ця вправа має кілька складників.

1. Згадавши про одну свою невдачу (байдуже, коли вона трапилася, – нещодавно чи дуже давно), необхідно спробувати в оптимістичній манері розповісти про неї групі.

Завдання учасників групи: після завершення розповіді зробити спробу скоригувати невдачу в бік більшого оптимізму.

Обговорення:

– Що заважає нам міркувати в оптимістичному стилі?

– Які переваги й недоліки має оптимізм?

2. Стикнувшись із неприємними подіями чи припускаючи, що вони можуть відбутися, варто поміркувати про те, що в цих подіях може бути хорошого, приємного, позитивного.

Згадавши про неприємну подію, що сталася з вами в минулому або яку можна очікувати в майбутньому, слід подумати, що в цій події може бути хорошого, і розказати про це. Члени групи повинні допомагати один одному в пошуках позитиву.

Обговорення:

– Чи існують ситуації, коли неможливо знайти позитивне в небажаних подіях?

– Що заважає звертати увагу на позитивне?

“Генератор нової поведінки”

Одна з численних якірних технік НЛП, що використовується переважно для того, щоб упровадити в поведінку людини елементи, яких раніше в її історії не було.

Ви можете зробити свою поведінку ефективнішою і успішнішою, якщо скористаетесь цією технікою. Вона допоможе не тільки перетворити будь-який компонент поведінки, що вас не задовольняє, але й створити собі зовсім новий стиль. Кожний крок намагайтеся виконувати ретельно, спокійно, упевнено.

Визначте, що саме ви хотіли б змінити у своїй поведінці або який новий стиль поведінки запровадити.

Визначте, чи зможе новий стиль сприяти вам у досягненні бажаного результату, досягненні успіху.

За допомогою певних вправ увійдіть у змінений стан свідомості, досягаючи глибини й зосередженості.

Перегляньте фільм про вашу колишню поведінку (диссоційована картинка) і знайдіть момент, коли ця поведінка починається. Поставте якір.

Уявіть Майстра, який використовує новий стиль поведінки: що він робить? Як говорить? Як виявляє свої почуття (диссоційована картинка)? Вас улаштовують такі прояви? Якщо ні, то внесіть зміни, прийнятні для вас. Поставте якір.

Побудуйте своє зображення й перемістіть його на зображення Майстра. Подивіться, як ви в ролі Майстра легко і з задоволенням реалізуєте бажану вам поведінку (диссоційована картинка). Те, що ви робите в ролі Майстра, вас улаштовує? Це саме те, чого ви прагли?..

Увійдіть у це зображення. Станьте Майстром, готовим будь-якої миті реалізувати нову поведінку. Що ви бачите, чуєте, відчуваєте? Які нові відчуття, думки надходять? Вас улаштовує нове світосприйняття? Активуйте обидва якорі.

Відпрацюйте бажану реакцію – нова поведінка з використанням якоря.

Тепер швидко пройдіть фрагментами свого майбутнього, де ви з успіхом реалізуєте новий стиль поведінки.

Увійдіть у нормальний стан свідомості. Відновіть контроль над зовнішнім світом.

Запустіть нову поведінку в дійсності або в імітації (використайте якір) Зверніть увагу на задоволення, яке при цьому відчуєте.

Якийсь час поспостерігайте за собою: чи використовуєте ви новий стиль поведінки, чи досягаєте бажаних результатів, чи приносить це вам задоволення й відчуття успіху.

Простішою для засвоєння (без використання якоря) є наступна вправа, яку можна рекомендувати після освоєння в групі для домашньої роботи.

“Медитація змін”

Ведучий пропонує учасникам зручно сісти і заплющити очі, уявити собі по черзі два екрани. На одному екрані показують фільм, у якому учасник демонструє позитивні для нього форми поведінки, ті, яких він хоче досягнути, ті, яких він, можливо, досяг, ті, що йому довподобили. Поруч інший екран, на якому демонструються небажані для учасника форми поведінки, від яких він бажав би відмовитися, які він хотів би змінити. Ведучий просить розглядати ці екрани по черзі, поступово наближаючи один і віддаляючи інший. І так по черзі відповідно наближати й віддаляти обидва екрани. На останньому етапі ведучий просить учасників наблизити екрани з бажаними формами поведінки і віддалити з небажаними формами. Таке занурення триває приблизно 1,5–2 хвилини, після чого обговорюються питання: наскільки чіткими були картини, що там побачили учасники, чи вдалося їм наблизити до себе екран із бажаними формами, наскільки чітким був екран із небажаними формами поведінки, чи вдалося його віддалити.

Як правило, виникають ефекти чіткішого уявлення бажаних форм поведінки, позбавлення небажаних форм, прояснення для себе бажаних і небажаних форм поведінки.

“Усвідомлення життєвих криз”

Мета вправи: усвідомити життєві кризи і відпрацювати установку на їх сприйняття.

Перший етап. Пригадайте три кризи, пережиті вами в житті, – ситуації, що викликали у вас сильні переживання. Потім зробіть вільний малюнок кожної з них, висловлюючи почуття, які ви відчували під час кризи. Малюйте вільно, не намагаючись зробити малюнок гарним.

Другий етап. Тепер візьміть малюнки, що зображають три кризи, і покладіть їх перед собою відповідно до хронології подій.

Третій етап. Вдивіться в них, простежте в них безперервність, якщо можете її відчути. Ви можете розглядати кризу як перехід між двома фазами вашого розвитку. Спробуйте побачити в кожній кризі новий життєвий імпульс, нову рису вашої особистості, що народжується і прокладає собі шлях.

Четвертий етап. Усвідомте також, яким чином ви зустрічали свої кризи. Чи намагалися ви відтермінувати або проігнорувати їх? Чи посилювали біль, що виникав, чи чіплялися за старі звички? Чи були ви мужніми перед кризами? Чи переживали кожен кризу по-різному?

П'ятий етап. Пам'ятайте: криза означає, що існуючий порядок руйнується, а новий, можливо, досконаліший, формується. У період між старим і новим порядком виникають тимчасова дезінтегрованість, переживання, біль. Однак це природний процес, тому що життя – школа, а кризові ситуації – найважливіші уроки. Тому прийняття криз є найпрактичнішим засобом залишатися вільним і в складній ситуації. Реактивні установки мають змінитися на когнітивні.

“Неказкові проблеми”

Учасникам групи пропонують згадати про будь-які свої труднощі, проблеми, що виникали нещодавно. Ведучий дає таке завдання.

“Виберіть казкового персонажа, який міг би натрапити на таку ж саму проблему. Цілком можливо, що вам захочеться придумати свого власного героя. Це ще краще. Назвіть своїх персонажів”.

У разі необхідності можна попросити уточнити характеристики вибраних персонажів, зовнішній вигляд тощо. Це важливо тоді, коли герой вигаданий. Дуже часто (чи не завжди) на образ казкового героя проєктуються риси “Я-концепції”.

Потім учасники придумують зачин казки, у якій перед героєм постане проблема, подібна (можливо, лише віддалено й метафорично) до їх реальної проблеми. Зачин казки розповідають по колу. Таким чином, на цьому етапі всім стає зрозуміло (певною мірою наближення) сенс труднощів кожного.

На дошці записують імена всіх казкових персонажів. Кожному учаснику пропонують по черзі підійти до дошки і з’єднати стрілками імена тих героїв, чийі труднощі, на їхній погляд, чимось схожі.

На наступному етапі необхідно в парах придумати продовження казки. Ведучий дає приблизну інструкцію.

“Ми маємо зачин казок, але, як і у великих романах, заявлені сюжетні лінії мають якимось чином перетнутися, аби народилося продовження обох казок, але вже в одному творі. Ваше завдання – скласти ваше спільне продовження, в якому персонажі шукають способи вирішення складних питань, що постали перед ними”.

За кілька хвилин (10–15) у колі звучать щойно створені казки. Розповідає хтось один із пари, другий за необхідності його доповнює.

“Казкові” способи вирішення життєвих проблем на цьому етапі, як правило, символічно повторюють ті спроби, які вже робились учасниками в реальності і не дали результату, або відображають способи вирішення, відкинуті з якихось причин як абсолютно неприйнятні. Це природно: щоб перейти до пошуку вирішення проблем в іншій площині, треба зрозуміти, що очевидні варіанти вже вичерпано. Відігравши їх у метафоричній формі, учасники піднімаються на інший рівень щодо проблемної ситуації. Робота в парах і необхідність об’єднати зусилля у створенні казки зі спільним рішенням дозволяє наблизитися до межі цього переходу на якісно інший рівень, поглянути на ситуацію з нової, несподіваної точки зору.

Допомогти в цьому може раптова заява ведучого, що, на його думку, всі казки залишилися незавершеними й необхідно скласти їх продовження. Уявіть собі, що вам дістався якийсь чарівний засіб, за допомогою якого можна вирішити вашу проблему. Подумайте, що це за чарівний засіб, хто вам його дав, якої плати зажадав? У чому полягає результат, який ви отримаєте, скориставшись засобом? Знову складайте разом продовження!

Важливу роль відіграє питання про ціну, яку готовий заплатити герой за отриманий чарівний засіб. “Провокаційні” запитання ведучого спрямовані на те, аби підкреслити абсолютну незначущість матеріальних цінностей у

казковому світі і зорієнтувати учасника на усвідомлення тих жертв, на які він готовий піти для досягнення цієї мети, і змусити його задуматися: а чи варта мета цих жертв.

Додаткове завдання – написати “страшну-престрашну історію” (казку-страшилку), в основу якої покласти існуючі в учасника негативні очікування (їх метафори). За допомогою метафор, гумору, гіперболи та інших засобів довести ситуацію до абсурду, нейтралізувати страх. Фінал обов’язково має бути гумористичним.

“Способи саморегуляції в ситуації стресу”

Мета: з’ясувати способи керування своїми емоціями.

Учасники розподіляються на групи й відповідають на запитання: “Як ви долаєте негативні емоції?”

У процесі обговорення складається список способів боротьби з негативними емоціями. Отриманий список коригує й доповнює тренер групи.

“Гірська вершина”

Мета: допомогти людині увійти в диссоційований стан, аби побачити й усвідомити свої проблеми ніби з боку, додати собі впевненості.

Інструкція. Уявіть, що ви стоїте біля підніжжя величезної гори, навколо вас величезні гори: Памір, Тибет, Гімалаї, Карпати. Десь на вершині гори пливуть хмари. Як чудово вгорі! Вам хочеться бути там. Ви можете літати... У небі літає Орел над скелями... Мить – і ви самі стаєте Орлом. Розправивши свої крила, ви ловите потік повітря і летите... Ви бачите хмари, які пливуть під вами. Удалині на землі мініатюрні будиночки, люди... Вам чути крики птахів, які пролітають повз вас. Виберіть собі зручну ділянку і спустіться туди. Із недосяжної висоти подивіться на те, що залишилося там далеко, біля підніжжя гори. Якими звідси дріб’язковими, незначущими ви бачите ті проблеми, які вас хвилювали! Оцініть, чи варті вони ваших зусиль і переживань. Звідси, з висоти, вам легко побачити способи розв’язання проблем...

Знову злетіть і відчуйте чудове почуття польоту. Нехай воно надовго запам’ятається вам... А зараз знову станьте собою, тим, хто стоїть біля підніжжя гори... Помахайте рукою на прощання Орлу, який кружляє в небі і зробив доступним для вас нове сприйняття світу... Подякуйте йому. Ви знову тут, у цій кімнаті. Ви повернулися сюди після своєї чудової подорожі...

Обговорення. Чи вдався вам політ? Які почуття під час польоту пережили? Чи змінилося ваше ставлення до власних проблем? Чи знаєте способи розв’язання власних проблем?

“Життєвий і професійний кодекс військовослужбовця”

Усі літери абетки діляться між учасниками групи. Завдання учасників – сформулювати життєві і професійні правила військовослужбовця, які б розпочиналися з літери, що їм дісталася. По закінченні вправи всі учасники, зберігаючи порядок абетки, зачитують сформульовані ними закони.

“Професійний девіз і символ діяльності”

Ведучий інструктує учасників: “Уявіть, що вас об’єднує загальна мета професійної діяльності, яка виражає зміст подальшої діяльності в НГУ. Грунтуючись на цих переконаннях, придумайте головний девіз, який би

підкріплював ваші погляди, необхідні для розвитку як в особистісній, так і професійній сфері. Не варто зупинятися на одному девізі, пропонуйте допоміжні гасла. Для чіткішої картини професійного девізу придумайте символіку вашої діяльності і спробуйте пояснити основні елементи цього символу”.

“Прислів’я”

Вправа навчає військовослужбовців визначати особливості праці та їх мотивацію.

Учасникам пропонується низка прислів’їв, зміст яких вони повинні усвідомити й пояснити. Процес пояснення полягає в тому, що прислів’я необхідно віднести до однієї з чотирьох груп: 1) прислів’я, в яких йдеться про спрямованість праці (собі або іншим); 2) прислів’я, в яких підкреслюється роль засобів праці, у тому числі й залежність успіху праці від самої людини, її здібностей, умінь і навичок; 3) прислів’я, що стосуються дисципліни праці; 4) прислів’я, які характеризують значення праці для людей та суспільства. Група жеребкуванням поділяється на чотири мікрогрупи, кожна з яких отримує свою тему й починає шукати відповідні прислів’я.

Завершивши виконання, кожна група презентує результати й пояснює, чому вирішила саме так, розкриває зміст прислів’я. Правильність вибору перевіряється за допомогою ключа. Правильність тлумачення й вибору свідчить про адекватне усвідомлення аспектів праці і сформованість уявлень про трудову діяльність.

Обговорення результатів.

Список прислів’їв:

- 1) хто змолоду працює, той на старість панує;
- 2) не сокира теше, а чоловік;
- 3) як колесо ламається – мужик розуму набирається;
- 4) за чужою роботою й світу не бачить;
- 5) хто не працює, того робочий люд годує;
- 6) ремесло за плечима не носити: їсти не просить, а хліб дає;
- 7) діло без вінця, як кобила без хвоста;
- 8) сам собі зароблю, сам собі і з’їм;
- 9) хто трудиться, той не журиться;
- 10) в умілого й долото рибу ловить;
- 11) що ранком не зробиш – того увечері не доженеш;
- 12) так робить, наче не собі;
- 13) щоб не знати злої долі – працюй у школі, вдома, в полі;
- 14) як добре плече, то й тупиця січе;
- 15) усяке діло починай з голови;
- 16) усі пани та пані, а нікому свиней пасти;
- 17) як робимо – так ходимо, як дбаємо – так маємо;
- 18) де руки та охота – там скоро робота;
- 19) зроблено спішно, то й вийшло смішно;
- 20) призначили осла ковалем – він першим ділом себе підкував.

Ключ відповідей: 1-ша група – 4, 8, 12, 16, 20; 2-га група – 2, 6, 10, 14, 18; 3-тя група – 3, 7, 11, 15, 19; 4-та група – 1, 5, 9, 13, 17.

“Двигуни мого Я”

Вправа спрямована на усвідомлення вибору професії та ціннісних пріоритетів. Починається із загального запитання для всіх: “Що спонукає людину до діяльності?” Після кількох відповідей ведучий пропонує кожному учасникові попрацювати з певними мотивами власної діяльності. В основі мотиву лежать наші потреби, інтереси, нахили, бажання. Необхідно проранжувати для себе мотиви вибору професії (бажані її аспекти) і написати кілька слів, розкриваючи для себе їх сутність.

С п и с о к м о т и в і в.

1. Соціальні мотиви (прагнення займатися корисною, необхідною для інших, актуальною діяльністю, що була б бажаною й корисною в соціумі): моя професія цінується іншими...

2. Моральні мотиви (прагнення переживати почуття гармонії, розвитку, естетичності, відповідності діяльності моральним установкам і традиціям соціуму): якщо поміркувати, то для душі моя професія дає...

3. Пізнавальні мотиви (прагнення розширювати світогляд, розвивати здібності, вдосконалюватися, розв’язувати нові, нестандартні проблеми й питання): мій найбільший інтерес, коли я працюю, полягає в тому, що...

4. Творчі мотиви (прагнення бути оригінальним, особливим, виражати власне ставлення і творчий пошук, зробити нові відкриття): коли я працюю, то можу дати волю фантазії й робити...

5. Матеріальні мотиви (прагнення мати добре оплачувану професію, забезпечити стабільне майбутнє, надати допомогу близьким і рідним): серед професіоналів у моїй галузі є бідні, які... і багаті, які...

6. Престижні мотиви (прагнення досягнути видного становища, суспільного статусу, кар’єри, авторитету й популярності): найбільшим досягненням у моїй професії може стати...

7. Егоїстичні мотиви (прагнення реалізовувати власні амбіції, користуватися привілеями, дбати лише про свої інтереси, розвивати особистісні риси): особисто для себе в діяльності я...

“Боротьба мотивів”

Учасники отримують списки професійних мотивів службово-бойової діяльності, спільними зусиллями доповнюють їх та самостійно вибирають найбільш значущий і обґрунтовують своє рішення.

О б л а д н а н н я: бланк зі списком мотивів (слава, родинні традиції, можливість працювати зі своїми друзями, можливість служити людям, заробіток, значення для економіки країни, державне значення професії, легкість отримання роботи, перспективи роботи, можливість проявити здібності, спілкування з людьми, оволодіння знаннями, різноманітність роботи за змістом, творчий характер праці, складність професії, спокійна робота, розуміння й усвідомлення державного значення завдань, свідоме прагнення сумлінно виконувати службовий обов’язок, моральна нормативність поведінки, потреба в подоланні труднощів і наполегливість у досягненні мети, прояв інтересу до

виконання службових завдань в екстремальних ситуаціях, прагнення добитися успіху й показати себе якнайкраще під час виконання обов'язків).

“Мотивація”

У кожного з нас існує певне уявлення про самого себе, про ті ролі, які б хотів виконувати в житті, про свої сильні сторони і слабкості, про особливості своєї особистості. Ми відчуваємо себе щасливими тоді, коли можемо жити відповідно до цього образу себе як в особистому, так і в професійному житті. Однак часто ми вважаємо, що в професійній діяльності не слід проявляти свою особистість, і тоді відносно швидко починаємо відчувати напруження і невдоволення роботою.

Тому кожному пропонується намалювати таку схему: посередині аркуша намалювати квадрат і вписати в нього такі особливості особистості, які учасники вважають важливими для професійної діяльності. Навколо квадрата записати ті якості, які учасники не можуть використовувати в професійній діяльності, бо, з їхньої точки зору, вони не потрібні і, більше того, недоречні (30 хвилин).

Потім усі учасники по черзі презентують свої схеми. Решта учасників діляться своїми враженнями. Дуже важливий момент у роботі тренінгової групи – це самозвіти учасників тренінгу, завдяки яким можна зрозуміти ставлення до проведеного заняття, внутрішній стан і відчуття кожного учасника.

“Мій досвід і моменти професійної діяльності”

Пригадайте якусь подію з вашого власного професійного досвіду. Яка професійна ситуація запам'яталася, стала вирішальною?

Проаналізуйте нетипову подію з професійної діяльності, намагайтеся зрозуміти, чому подія трапилася, якою була ваша поведінка, чим вона обумовлювалася, що на неї вплинуло, що було добре, чого не відбулося. Зробіть висновки про причини й можливі способи усунення зроблених раніше помилок, недоліків або способи досягнення ще більшого позитивного результату.

“Премія”

Тренер пропонує кожному учаснику уявити ситуацію, в якій його нагороджують досить значною премією за успіхи в роботі. Завдання полягає в тому, аби визначитися, за що саме він може її отримати, які професійні якості заслуговують на увагу.

Після проведеного самоаналізу учасники діляться своїми думками й отримують зворотний зв'язок від колег.

“Рекламний ролик”

Учасникам пропонують придумати рекламу на людей, які перебувають у цьому колі, представивши їх як компетентного професіонала. Для цього вони мають раніше написані картки з іменами (це може бути і власне ім'я). Необхідно представити військовослужбовця як певний товар або ж послугу, наголошуючи на найважливіших перевагах рекламованого об'єкта. Важливо назвати категорію населення, на яку розрахована реклама. Тривалість ролика – одна хвилина. Група повинна відгадати, про кого йдеться в рекламі.

“Співбесіда”

Проведення рольової гри з використанням технік відкритих запитань та активного слухання.

І н с т р у к ц і я. У рольовій грі беруть участь дві особи: офіцер і знайомий вашого товариша, який вирішив також працювати у військовій частині. Завдання для вас як офіцера полягає в тому, щоб дізнатися, якими ж істинними професійними знаннями, вміннями, навичками володіє ваш новий знайомий. Обираються претенденти на роль, із Знайомим за дверима проводять інструктаж і узгоджують його професійні знання, вміння, навички (явні і приховані). Варіанти можуть бути різноманітними.

Після гри обговорюють питання, які виявилися найефективнішими і дали можливість дізнатися про професійно важливі знання, вміння й навички Знайомого. У самого Знайомого з'ясовується, з ким із працівників було найлегше чи найважче спілкуватись і чому? Які техніки застосовувалися ними у спілкуванні?

“Усе навпаки”

Гра спрямована на закріплення отриманих раніше навичок. Для цього учасники повинні продемонструвати знання всіх правил, але навпаки, тобто робити геть усе неправильно. Перша команда демонструє ситуацію, коли кандидат прийшов на співбесіду для влаштування на роботу. Інтерв'ю проводить начальник відділу. Кандидат веде себе неправильно. Друга команда готує діалог продавця й покупця. Продавець веде себе неправильно. Третя команда готує діалог консультанта і клієнта. Консультант повинен продемонструвати зразок неправильної поведінки. Переможе та команда, яка допустить більше помилок.

Проте на цьому гра не завершується. Після неправильної слід продемонструвати іншу взаємодію, в якій все слід зробити максимально правильно.

“Дерево професійного зростання”

Шановні військовослужбовці! Зараз ми з вами проведемо діагностування, яке дасть змогу виявити ваші професійні здібності.

Ваше завдання – оформити це дерево професійного зростання таким чином: на червоних листочках ви записуєте питання, якими ви ще не володієте, на жовтих – питання, над якими слід іще попрацювати, а на зелених – питання, якими ви володієте добре, і розміщуєте їх на своєму дереві.

Увага! Презентуйте нам свої дерева. Зробіть невеличкий самоаналіз.

Ми можемо побачити, що на початку професійної діяльності перед військовослужбовцем постає багато питань і проблем, про що свідчить велика кількість червоних листочків на деревах. Уже набувши, хоч і невеличкий, досвід роботи, військовослужбовці вирішують свої раніше незрозумілі питання, проблеми, про що свідчить уже більша кількість зелених листочків. Отже, зростання майстерності очевидне.

Усе це обговорюється.

Таке діагностування дає змогу не лише працювати з метою, з'ясувати ті чи інші проблеми, а й підтримати творчі задуми військовослужбовців, вчасно надати допомогу тим, хто її потребує.

“Пори року моєї душі”

Не всі свої цілі ми ставимо усвідомлено. Іноді вони формуються несвідомо, і тільки після того, як щось зробимо, ми починаємо розуміти, чого ж нам хотілося насправді.

Ми можемо багато чого навчатись у природі. Зокрема, саме у природі спостерігаємо втішну сталість змін. Усі рослини і тварини проходять через цикл пір року. Зима дарує всім спокій, а комусь дає можливість померти. Навесні життя знову відроджується. Улітку воно досягає свого повного розквіту, дозрівають плоди. Осінь дозволяє зібрати врожай, а потім природа бере наступний цикл становлення, зникнення і нового народження.

Якщо ми хочемо збирати врожай, то сталість зміни пір року має нас заспокоювати. Коли ж ми прив'язуємося лише до мрій про цвітіння, зміна пір року нас засмучуватиме. Так само і в нашому власному житті ми можемо досягати зрілості і збирати плоди лише в тому випадку, якщо зрозуміємо і приймемо для себе, що багато чого відбувається і змінюється, тим самим створюючи передумови виникнення нового.

Нехай ця думка стане відправною точкою для роздумів. Візьміть аркуш паперу і складіть список приблизно із п'яти пунктів – перелік того, що у вашому житті відмирає, стає слабкішим, втрачає свою значущість, відступає на другий план. Можливо, закінчуються і відходять у минуле дружба, робота, шлюб. Імовірно, змінюються внутрішня позиція чи якість почуття, ваша життєва філософія чи політичні погляди. Зосередьтеся на тому, що змінюється, але при цьому не зникає зовсім.

Складіть ще один список (також приблизно із п'яти пунктів) – перелік того, що саме починається, у стадії становлення, поки ще не стало повноцінною частиною вашого життя. Це може бути те, що тільки з'являється, або те, що повертається, стає дедалі важливішим і бажанішим. Можливо, це нова дружба, або зародження інтересу до кулінарії, або зростаюче бажання подорожувати. Намагайтеся писати якомога конкретніше, але вкластись у 15 хвилин.

А тепер виберіть із другого списку той пункт, який вам особливо цікавий. Напишіть до нього невелике пояснення. Яка його передісторія, що саме зароджується? Що допомагає і що стає на заваді його появи? Чи може це стати для вас важливою життєвою метою? Як ви можете на це налаштуватися? У вас є ще 15 хвилин на роздуми.

Обговорення:

– Які почуття викликають у вас ті явища, що втрачають свою значущість?

– Яким буде ваше життя, якщо те, що виникло, розвиватиметься далі?

“Сон про майбутнє”

За допомогою спрямованого уявлення учасники можуть інтуїтивно з'ясувати для себе свої цілі, сподівання й бажання.

Ми маємо дивовижну здатність по-різному сприймати час. Іноді нам здається, що рік пролітає як одна секунда, а буває й так, що секунди тривають неначе роки. Крім того, можемо подумки повертатись у минуле або, навпаки, зазирати в майбутнє. Цю вражаючу здатність можна використовувати, аби усвідомити свої глибоко приховані бажання.

Сядьте зручніше і заплющіть очі. Кілька разів удихайте глибше, і з кожним видихом нехай вас залишають усі турботи, думки, все накопичене напруження.

Тепер уявіть собі годинник – будь-який годинник із циферблатом і трьома стрілками: годинною, хвилинною та секундною. Тримайте його перед своїм внутрішнім поглядом, і нехай він показує який-небудь час. Спостерігайте за тим, як годинник починає йти вперед. Уявляйте собі в усіх деталях, як рухається секундна стрілка, що тим часом відбувається із хвилинною, як переміщується годинна. Дивіться на них уважно і спостерігайте за всіма трьома стрілками одночасно (30 секунд).

Далі уявіть собі, що годинник поступово згасає, ви засинаєте. Ви перебуваєте саме там, де вам легко заснути. Сон переносить вас у бажане майбутнє.

У цьому сні виникають різні образи: одні з них видно цілком виразно, інші лише ледь намічені. Дехто з вас почує звуки, шарудіння, слова... Уважно подивіться, яку картину майбутнього надало вам ваше несвідоме. Зв'яжіть образи, що виникли, з вашими усвідомленими бажаннями.

Якщо цей сон про майбутнє раптом розтане чи перерветься, то ви можете повернутися до картинки з годинником і знову поспостерігати за стрілками. Це дозволить вам знову зосередитися. За ці кілька хвилин ви зможете пережити ті важливі події, на які сподіваєтеся в майбутньому (3–5 хвилин).

А тепер повертайтеся назад. Не кваплячись, розплющіть очі, випрямтеся, потягніться.

Обговорення:

– Опишіть свій сон про майбутнє. При цьому ви можете доповнити його новими деталями, які спадають вам на думку.

“Життєвий шлях”

Учасники виконують колаж на тему “Мій життєвий шлях”. Ведучий дає їм інструкцію: “Ви йдете шляхом, який має назву Життя... звідки й куди пролягає ваш шлях? Які ваші головні досягнення в минулому, нині і в майбутньому? Що допомагає вам крокувати життєвим шляхом, а що перешкоджає? Хто і що вас оточує? І куди ви хочете прийти?.. Зробіть, будь ласка, колаж, який відображатиме ваш життєвий шлях у минулому, нині і в майбутньому: головні досягнення, плани, ваше оточення”. Вправа зазвичай виконується індивідуально, хоча можливо, за бажанням учасників, проводити її і в мікрогрупах.

Окрім звичайного комплексу образотворчих матеріалів для колажу (фломастери, фарби, ілюстровані журнали, з яких можна вирізати потрібні картинки) доречно учасникам мати для виконання цієї справи кілька власних фотографій, що відображають важливі події їхнього життя. На виконання колажів відводиться 35–50 хвилин, потім здійснюють їх презентацію. Її організують у вигляді екскурсії, під час якої кожен з учасників по черзі бере на себе роль екскурсовода, що презентує свою композицію (3–5 хвилин на виступ).

Обговорюється такі питання:

– Які емоції та почуття виникали в процесі роботи і виникають зараз, переглядаючи готові колажі?

– Що нового вдалося зрозуміти про себе, свої життєві цілі й цінності?

– Наскільки можна досягнути майбутнього, зображеного на малюнку, на чому можна ґрунтуватися, аби воно втілилось у реальність?

Ведення психологічного щоденника

Запропоновані завдання для ведення психологічного щоденника спрямовані на навчання ефективного використанню свого часу, сил, усвідомленню своїх мотивів і цілей. Важливо визначити періодичність зустрічей із психологом, під час яких обговорюється таке: ведення щоденника, виконання завдань, зроблені висновки.

Робота із щоденником обов'язково має поєднуватися з очною корекційною роботою – індивідуальною і груповою, що спрямована на усвідомлення військовослужбовцем своїх сильних і слабких сторін, мотивів своєї діяльності, цілей.

Додатково до ведення щоденника військовослужбовець може позначати кольором (відповідно до загального враження) кожний прожитий день, а також використовувати як метафору малюнок дерева. Згодом використання таких метафор дозволить проілюструвати зміни, що відбуваються в ході корекційної роботи, ведення щоденника. Якщо є побоювання, що особа переживає складний період, має проблеми з адаптацією, і тоді метафори лише підкреслять безвихідь, то метафоричні позначки (колір, дерево) можна просити малювати лише у дні проведення очних консультацій, коли психолог контролює процес (завершує консультацію на позитиві).

Зрозуміло, що всі завдання даються з огляду на стан військовослужбовця, його здатність самостійно впоратися з тими відчуттями, які виникають під час виконання завдання. Так, навряд доцільно використовувати завдання з визначення ефективності витрат часу, якщо особа різко негативно ставиться до того, що вона несе службу в НГУ (була призвана на службу), принаймні доти, поки не зміниться ставлення до ситуації. Так само недоречно давати завдання проаналізувати життєві невдачі, якщо спостерігаються ознаки маскованої депресії, накопиченого стресу тощо. У будь-якому разі такі завдання потребують наступного обговорення їх із психологом. Зрозуміло, що слід передусім зняти актуальні негативні стани, а заходи тайм-менеджменту використовувати для формування додаткового вміння, що підвищить ефективність військовослужбовця в майбутньому.

Домашні завдання можна поєднувати з роботою і з щоденником. Наприклад, коли є потреба зафіксувати для особистості якісь важливі результати: виявлені під час роботи структури цілей і потреби особистості, її сильні і слабкі сторони, ресурси, до яких вона може звернутися, ефективні способи вирішення проблем, ознаки залежних стосунків, лист до важливої особи (як закінчення гештальту), малюнок життєвого шляху, вигадана, придумана казка про подолання якоїсь проблеми та інший матеріал, що може стати якорем (у такому контексті якір – це те, що пов'язує з реальністю, джерело суб'єктності), на який особа спиратиметься, від якого вона може відштовхнутись, аби самостійно рухатися по життю.

Завдання 1

Спробуйте протягом тижня вести щоденник. Для цього щовечора опишуйте свої дії і визначайте їх мотиви. Робіть у щоденнику кольорові позначки. Одним кольором позначайте заплановані справи, другим – коли ви займаєтеся начебто корисною і важливою, але не запланованою справою, третім – коли ви марнуєте час.

Наприкінці тижня порівняйте кількість годин у цих трьох групах. Подумайте про висновки щодо цього.

Поекспериментуйте з комфортним для вас форматом ведення щоденника. Коли ведення щоденника стане звичкою, ви будете вражені своєю ефективністю.

Завдання 2

Розширюйте роботу із щоденником – проаналізуйте в ньому своє минуле. Які глобальні цілі ви ставили протягом минулих 3–4 років (від вступу до НГУ)? Фрустрація досягнення яких цілей кардинально змінила ваше життя, як ви реагували на крах ваших сподівань? Що допомогло вам пережити труднощі, що виникли? Як набутий досвід вплинув на формування ваших життєвих планів сьогодні? Можливо, виникли якісь страхи? Ви почали уникати якихось дій або складати запасний план?

Завдання 3

Перенесіть акцент у щоденнику з визначення мотивів своєї поведінки на планування своєї життєдіяльності.

При цьому плани необхідно складати на різні проміжки часу: на робочий день, на тиждень, місяць, рік тощо, аж до найглобальніших життєвих планів на десятиліття. Звичайно, жодна людина не у змозі чітко дотримуватися раз і назавжди складеного плану на все життя, однак це не означає безглуздість такого довгострокового планування. Імовірно, тут діє принцип зворотного зв'язку і постійних коригувань, що здійснюються на підставі результатів уже завершених дій, а також новонабутих досвіду і знань щодо планування дій на майбутнє.

У зв'язку з цим важливу роль відіграє побудова ієрархії цілей, знову ж таки, починаючи з невеликих, яких можна досягти протягом одного чи кількох днів (наприклад, виконати конкретні завдання керівництва, завершити невеликий проект тощо), і закінчуючи найбільшими життєвими цілями. Для боротьби з прокрастинацією психологи пропонують поділити всі справи на чотири категорії, залежно від того, важливі вони чи не важливі, а також термінові чи не термінові. До важливих, але не термінових справ відносять ті, що спрямовані на досягнення найдовготриваліших результатів і пов'язані з найглобальнішими життєвими цілями. Незважаючи на те, що на цю хвилину вони можуть не становити великого інтересу, їх, однак, необхідно враховувати під час планування й виконання більш-менш значущих завдань, завжди запитуючи себе: як те, що я роблю саме зараз, допоможе мені досягти певних цілей у житті? Бажано, щоб відповідь “ніяк” виникала якомога рідше.

Складіть план на рік, місяць, тиждень і напишіть окремо план на кожен день.

Завдання 4

Продовжуйте вести щоденник, акцентуючись на плануванні. Плануйте на найближчий тиждень і кожний день цього тижня, дотримуючись закону примусової ефективності, який говорить про те, що на все часу завжди бракує, але його завжди достатньо для найважливішого. Тому варто зібратись і змусити себе зробити насамперед те, що матиме найбільшу вигоду і результат.

Усі справи можна поділити на 4 групи: термінові і важливі; важливі, але не термінові; термінові, але не важливі; не термінові і не важливі.

Першочергові завдання – це справи термінові й важливі. Спроба відкласти такі справи на потім створить вам непотрібні проблеми.

Далі йдуть справи важливі, але не термінові. Такі завдання можна відкласти, проте вони можуть мати сильний вплив у довгостроковій перспективі. Нетермінові і важливі справи мають тенденцію ставати терміновими і важливими, якщо їх постійно відкладати. Аби такого не сталося, заздалегідь передбачайте для них часовий резерв.

Термінові, але не важливі завдання мало позначаються на вашому успіху. Займатися терміновими, але не важливими справами не результативно, це може вплинути на вашу ефективність. Такі справи забирають більшу частину вашого часового резерву. Це саме ті завдання, які по можливості потрібно передоручати або зменшувати їх кількість.

Логічно припустити, що нетермінові й неважливі справи не мають ніякого значення в принципі і не матимуть жодних наслідків у разі їх невиконання. Такі справи можна сміливо викреслювати з вашого списку.

Ще одним важливим для планування правилом є правило “З’їж жабу вранці”. Що це означає?

Стара притча говорить: якщо насамперед уранці ви повинні з’їсти живу жабу, то втіхою буде те, що це найгірше, що може трапитися з вами за весь день.

“Жаба” – це найнеприємніша і важлива справа, яку слід зробити сьогодні. Відкладаючи її, ви створюєте непотрібне емоційне напруження і викликаєте небажані наслідки. Потрібно діяти без зайвих роздумів і зволікань – просто взяти і зробити. Це дасть вам заряд бадьорості на цілий день.

Завдання 5

Продовжуйте вести щоденник. Плануйте і звіряйте досягнення поставлених цілей. Зверніть увагу на те, які наслідки матиме для вас недосягнення поставлених на цьому тижні цілей.

Згадайте значущі для вас негативні події вашого минулого життя. Як вони позначилися на вашому подальшому житті? Можливо, вони допомогли усвідомити деякі цінності вашого життя, пізнати справжнє ставлення до вас людей, що вас оточують, змінити життєві пріоритети.

Завдання 6

Продовжуйте вести щоденник. Проте на цьому тижні спробуйте користуватися правилами ірраціонального тайм-менеджменту.

Так, розглянуті нами раніше принципи ефективного планування переважно придатні для раціональних людей, однак емоційність людини

вимагає внесення певних коректив у систему планування.

1. Під час планування треба враховувати, що наша продуктивність не однакова, вона може залежати від настрою, особливостей фізіології та іншого, тому планувати слід з урахуванням піків і падінь працездатності (для цього варто поспостерігати за своєю працездатністю, визначити, як вона змінюється протягом дня, скільки піків продуктивності за день, на який час вони найчастіше припадають).

2. Зазвичай позитивні емоції підвищують працездатність. Можна, зрозуміло, намагатися керувати настроєм, але часом, ідучи за ним, можливо знайти нове рішення проблеми (пам'ятаємо, що інсайт розв'язання проблеми в емоційному, а не раціональному плані, за рахунок емоційних аналогій).

3. По можливості в разі втрати інтересу до роботи слід змінити вид активності, переключитися (нудне сидіння над роботою не дає результату). Важливо не відмовлятися від виконання роботи, а застосовувати до неї кілька підходів (чим більше підходів, тим ефективніше рішення). Тому необхідно так планувати свою діяльність, аби мати не стільки план як “ланцюжок дій”, скільки план як “поле активності” (кілька цілей, між якими ви будете переключатися залежно від настрою, стану тощо). Однак таке планування вимагає часового запасу (приблизно 40 % часу треба залишати вільним, а 60 % – планові роботи), а також системи нагадування (блокнот, дошка візуалізації), для того щоб фіксувати важливі для досягнення кожної мети моменти і не забувати про них у разі переорієнтації на іншу справу.

У вигляді пам'яток доцільно роздати для виконання домашнього завдання добірку наведених нижче прийомів ірраціонального тайм-менеджменту.

1. Усе записувати і створювати численні зручні “нагадувалки”. Швидке переключення і часте перепланування призводять до регулярних втрат деякої кількості даних. А оскільки немає жорсткої структури планів, загублене не завжди можна вчасно відновлювати логікою. На щастя, наразі є багато засобів (інтегруючі “нагадувалки” в комп'ютері, телефоні та Інтернеті), які створюють єдине нагадувальне середовище.

2. Фіксувати ідеї та плани. Фіксувати ідеї особливо важливо: їх багато й вони забуваються. І при цьому ідеї – ринкова перевага та важливий актив людей, які думають ірраціонально.

3. Скласти список справ, які не подобаються. Такий список дозволяє усвідомити зону ризику і приділити їй належну увагу. Ці справи вводять у ступор, знижують працездатність.

4. Робити неприємні справи, коли немає настрою. Якщо неприємні справи не вдається нікому передоручити, то найпрактичніший спосіб – це зробити їх, коли немає настрою.

5. Стежити за перепадами настрою. Зміну настрою і втрату інтересу треба відстежувати. І як тільки це сталося, слід змінити заняття. В іншому випадку все, що робитиметься після втрати інтересу, буде зроблено погано. Доведеться переробляти, і час буде змарновано.

6. Вибрати гнучкий розклад. Це означає розробити план дій відповідно до ситуації.

7. Складати гнучкий список справ. Оскільки в процесі ірраціонального планування плани можуть змінюватися, дуже важливо мати можливість, переплановуючи, оптимізувати заповнення часу супутніми справами.

8. Здійснювати часте коригування планів. Прийняття нових рішень може змінювати створену раніше систему планів, і тому важливо щодня виділяти час, аби в довгостроковому плані відобразити новини сьогодення.

9. Визначити список кінцевих цілей. Важливо, щоб цілі не забувались і під час чергового перепланування зберегли свій вплив на поточний план.

10. Ставити не тільки заключний термін, але й багато проміжних термінів (для нагадування). Виконання довгих справ у ірраціональних людей відбувається за багато підходів. На кожну вдалу ітерацію може бути кілька невдалих ітерацій, коли немає настрою і справа не рухається. Важливо, аби була достатня кількість вдалих спроб.

11. Мінімізувати жорсткі прив'язки за часом. З усіх можливих варіантів у процесі планування слід вибрати ті, які дадуть максимальну свободу маневру за часом.

12. Скласти окремий список справ, які завжди не подобаються. Важливо відокремити ті справи, що мають дочекатися настрою, від тих, на які настрою не дочекатися. Для них різні правила. Приємне – за настроєм. Неприємне – у будь-який час, коли настрою немає.

13. Планувати довготривалі справи і проекти з урахуванням піків і падінь працездатності. Необхідно мати уявлення про тривалість піку працездатності, піку апатії та продуктивності в активній фазі. Для цього можна вимірювати тривалість фаз і збирати статистику щодо реальних витрат часу на різні проекти.

14. Посилювати запам'ятовування. Деяка забудькуватість цілком може бути компенсована якимись стандартними способами поліпшення запам'ятовування. Постійні записи ручкою на папері – один із найпростіших способів.

15. Малювати схеми для поліпшення запам'ятовування. Візуалізація за допомогою схем – непоганий спосіб посилити якість запам'ятовування.

16. Чітко прописувати етапи і їх пов'язаність у великих проектах. Проблеми з плануванням і реалізацією великих проектів можна частково вирішити за рахунок якіснішого планування.

17. Використовувати насагу фіналу для найбільш повного і якісного завершення справи. Перспектива закінчити справу і “розлучитися” з проектом викликає вплив енергії та емоцій. Цю позитивну енергію можна спрямувати на те, аби придумати й реалізувати ефектне завершення проекту.

18. Брати паузу після першого піку ентузіазму для тверезішої оцінки справи перед прийняттям рішень.

19. Підготуватися до гри на раціональному полі. Доцільно заздалегідь визначити партнерів і справи, де доведеться підлаштовуватися до раціональних форм поведінки. Попереджений – означає озброєний!

Завдання 7

Продовжуйте вести щоденник, планувати і вносити корективи, зумовлені новими поглядами на себе і свої можливості, а також використовувати той спосіб планування (раціональний чи ірраціональний), який найбільш підходить.

Завдання 8

Ще раз перегляньте щоденник і проаналізуйте, які зміни відбулися з вами протягом його ведення. Визначте за цими змінами: наскільки доцільним було для вас ведення психологічного щоденника; наскільки можливе для вас використання у своєму подальшому житті елементів раціонального і ірраціонального планування.

Тренінг відновлення психологічної безпеки особистості у військовослужбовців – учасників бойових дій

Цільова настанова тренінгу

Тренінг призначений для військовослужбовців – учасників бойових дій, які мають ознаки ПТСР, що не сягають клінічного рівня. Він проводиться як складник медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Кількість учасників – 12–14 осіб.

Можливе залучення, крім основного тренера, співтренера.

Тренером має бути психолог чоловічої статі, який має досвід участі в бойових діях.

Мета тренінгу – відновлення психологічної безпеки особистості як гармонійного поєднання відчуття захищеності і здатності до розвитку й самореалізації.

Завдання:

- відновлення відчуття психологічної безпеки, захищеності, здатності захистити себе;
- передача відповідальності за власне життя в руки самих військовослужбовців, відновлення здатності керувати власним життям;
- використання ситуації травми для переосмислення цінностей власного життя;
- використання енергії травми для посттравматичного зростання.

В основу тренінгу покладено наведену в розд. 1 модель психологічної безпеки особистості, яка передбачає роботу з чотирма компонентами, котрі формують відчуття психологічної безпеки особистості як гармонійного стану, що поєднує відчуття захищеності і прагнення самореалізації.

1. Задоволеність ситуацією розвитку власного “Я”. Цей компонент ініціює рух до зміни середовища чи актуалізації механізмів саморегуляції.

2. Ціннісно-смысловий компонент. Шлях визначення життєвих пріоритетів дозволяє піднятися над травмуючою ситуацією. Він реалізує принцип: “Усе можна пережити, якщо знати заради чого”.

3. Мотиваційно-вольовий компонент. Передбачає усвідомлення власних цілей і можливостей їх досягнення і відповідно гармонійний перерозподіл енергії для реалізації дійсно важливого і не розпорошення сил на другорядне (особливо в умовах небезпеки).

4. Морально-комунікативний. Цей компонент передбачає таке: дотримання прийнятих у соціумі, що оточує, правил взаємодії сприяє формуванню безпечного соціального середовища, знижує ймовірність конфліктів, формує атмосферу сприяння реалізації цілей особи, самореалізації.

Усі компоненти взаємопов’язані і діють як єдиний механізм. Звичайно, зовнішній шар цього механізму – морально-комунікативний компонент – використовується найактивніше, забезпечує безпеку, починаючи зі звичайних

побутових ситуацій взаємодії. Центральний компонент – задоволеність ситуацією розвитку власного “Я” – актуалізується, коли продуктивне й безпечне життя за старою схемою стає неможливим (більшість людей здатна терпіти значні незручності тривалий час, перш ніж наважаться на значні зміни у своєму житті).

Зазначимо, що особливість роботи з військовослужбовцями з ознаками ПТСР полягає в тому, що стани, вислови військовослужбовців не інтерпретуються ні ведучим, ані учасниками (це висуває особливі вимоги до етапу рефлексії – обговорення вправ). Організуючи заняття, уникаємо зайвої активності (дуже скорочено використовуємо вправи на розминку, на відкриті протистояння), завершуємо кожне заняття і складні вправи релаксацією. Заняття тривають відносно недовго – 3 години (а не 6–8, як на тренінгах глибокого занурення). Упродовж вправи на уяву слід постійно контролювати хід того, що має уявляти учасник (тренер словесними командами безперервно веде уяву учасника), не вимагаючи заплющувати очі (не наполягайте, якщо деякі учасники відмовляються). Тренер коротко анонсує зміст вправи на уяву, щоб учасники могли відчувати свій контроль над процесом.

На початку всього тренінгу і кожного заняття тренер у доступній формі стисло викладає зміст і сенс заняття. Таке усвідомлення зменшує напруження і підвищує ефективність тренінгу.

Використання під час тренінгу незвичних для повсякденної діяльності військовослужбовця малювання, роботи з казками, з картками, мадітації пояснюється учасникам як засіб, що дозволяє швидше виробити нові форми поведіння, погляди на вирішення проблеми, відкладаючи набуті, сталі звички.

Вправи, які в рамках тренінгу спрямовані на саморегуляцію, в разі стресу застосовуються в ситуаціях незначної чи середньої тяжкості (травматичності). Якщо учасник вважає, що вправа корисна йому для саморегуляції тяжких станів, то він може її використовувати під час індивідуальних консультацій під наглядом психолога-консультанта, який повністю володіє всіма вправами, що опановують учасники під час тренінгу.

У рамках медико-психологічної реабілітації тренінг посилюється груповими заняттями з освоєння інших способів саморегуляції і поєднується з індивідуальними консультаціями, які відбуваються паралельно з груповими заняттями і призначені для глибшого пропрацювання проблем, роботи з більш інтимними питаннями, котрі учасники з тих чи інших причин не можуть винести на групове обговорення.

Тренінг проводиться у відносно невеликому залі правильної форми, добре освітленому (учасники розташовуються в колі так, щоб їхню спину захищали стіни зали; вікно має бути відносно невеликим, аби була можливість дистанціюватися від нього (якщо учасники тренінгу уникатимуть місця біля вікна, то його займає тренер), стільці мають бути надійними (з високою спинкою і без коліщаток), у залі не має бути глухих закутків (неконтрольованого для погляду простору), тіней, зайвих меблів тощо.

Під час тренінгу ведучий має визначати стан учасників візуально, за допомогою словесних самоописів і карток Люшера. Для зняття негативних станів використовувати вправи на релаксацію, “Ключі” (Х. М. Алієва), “Безпечне місце” та “Зміна пори року” (з інструкцією для поточної, а не травмуючої ситуації). Тренер використовує прийоми активного слухання і підтримки учасників. При нагоді учасники тренінгу обговорюють питання щодо надання підтримки товаришам, які описують свої травматичні переживання (озвучити способи надання підтримки, прийнятні для цієї групи).

Тренінг відновлення психологічної безпеки особистості передбачає п’ять занять по три години кожне.

Правила тренінгу:

- у жодній групі немає повної конфіденційності, тому висловлюйтеся лише про те, чим готові поділитися;
- не критикуйте;
- не давайте порад;
- поважайте інших;
- можете сердитися на слова, почуті на тренінгу, ви візьмете на ньому те, що потрібно саме вам.

Програма тренінгу Заняття 1

Час – 3 години.

Мета – актуалізувати такий компонент психологічної безпеки особистості, як задоволеність ситуацією розвитку власного “Я”. Заняття має актуалізувати активну позицію з подолання ситуації небезпеки, наявні засоби саморегуляції чи освоєння нових, потребу в яких відчуває особа.

Матеріали: бєджі, фломастери, планшети, аркуші А4, ручки, аркуші А2–А3, олівці, фломастери, клей, журнали, ножиці, невеличкі столи (після використання прибираються з кола), роздруковані правила тренінгу, дошка, маркери, фліпчарт.

У разі потреби заняття розпочинаємо з написання на бєджах імен учасників.

Наступний крок – ознайомити з правилами тренінгу (написати на дошці й роздати на картках), анонсувати зміст тренінгу і першого тренінгового дня.

Вправа на визначення ідентифікації із соціальною групою та усвідомлення власних особливостей

Учасникам тренінгу пропонується відповісти на запитання.

1.1. Що спільного у всіх, хто тут сидить? І що особливого у вас (що вас вирізняє поміж інших присутніх)?

Висловитися мають усі члени групи. Для встановлення черги можна використати м’ячик, який кидають члени групи від одного до іншого. Таким чином психолог розуміє, хто кого зацікавив. Психолог стежить, аби кожний член групи отримав слово.

1.2. Прислухайтеся до себе і подумайте, що найбільше вам не до вподоби: те, що ви подібні до інших, чи те, що ви унікальні?

2.1. Виберіть три риси характеру, які найбільше ви любите й ціните в собі? Запишіть їх.

2.2. А тепер подумайте (напишіть нижче), що відчують люди, які перебувають біля вас?

3. До якого з висловлювань ви більш схильні:

– від нас у цьому світі нічого не залежить;

– усі ми самі вибираємо те, що відбувається в нашому житті.

Ці питання допомагають: усвідомити кожному учаснику, ким я є і ким не є; краще усвідомити себе, свій вплив на інших; зрозуміти, хто я такий, на що здатен, чого я прагну і де мої межі.

Вправа призначена, по-перше, для визначення особливостей ідентифікації: під час обговорення можна спрямувати увагу учасників на те, що військова товарицькість є ресурсом, який допомагає пережити стресові ситуації. По-друге, для усвідомлення не лише власних рис, якими ми пишаємося, прагнемо розвивати в собі, але й того впливу, який чинять на близьких звичні для нас форми поведінки: наприклад, демонструючи інтелект, який ми в собі високо цінуємо, ми можемо змушувати оточення почуватися нікчемними. По-третє, вправа виявляє локус контролю: багато висловлювань із цього приводу дозволяє зрозуміти, що людина відповідає за події власного життя, проте не варто брати відповідальність на себе за всі події (ми не винні у природних катаклізмах, війні). Прийняття на себе відповідальності за них руйнує психічне здоров'я. Такий висновок має формуватись у свідомості кожного учасника щодо наявності різних позицій у групі стосовно можливостей керувати власним життям.

Під час обговорення за можливості мають прозвучати слова з молитви про спокій: “Боже, дай мені душевний спокій, щоби прийняти те, що я не можу змінити, мужність змінити те, що можу, і мудрість, аби відрізнити одне від іншого”.

*Вправа на усвідомлення індивідуальної ситуації розвитку
“Життєвий шлях”*

Учасники виконують малюнок чи колаж на тему “Мій життєвий шлях”. Тренер дає їм таку інструкцію: “Ви йдете шляхом, який має назву «Життя»... звідки і куди лежить ваш шлях? Які ваші головні досягнення в минулому, нині і в майбутньому? Що допомагає вам крокувати життєвим шляхом, а що – перешкоджає? Хто і що вас оточує? І куди ви хочете прийти? Зробіть, будь ласка, колаж чи малюнок, який відобразить ваш життєвий шлях у минулому, сьогодні і в майбутньому: головні події, плани, ваше оточення”.

Вправа виконується індивідуально. Для колажів (малюнків) використовуються аркуші паперу формату А2–А3.

Як інструментарій використовується комплекс образотворчих матеріалів для колажу: фломастери, фарби, ілюстровані журнали, з яких можна вирізати потрібні картинки. На виконання колажів відводиться 35–40 хвилин.

По закінченні цього етапу учасники за бажанням можуть презентувати свої колажі (до 5 хвилин на кожний колаж).

На другому етапі вправи учасникам на малюнку пропонується виділити (зробити позначку яскравим фломастером) ситуації, коли власний вибір привів до досягнення важливих життєвих успіхів. Подумати, що і хто цьому сприяв. Як власне вміння співпрацювати, спілкуватися з іншими людьми (здатність викликати симпатію чи організовувати взаємовигідні стосунки) дозволили досягнути складних цілей. Подумати і пригадати інші ваші досягнення, які не нанесено на малюнок. Зобразити їх на малюнку. Символічно нанести на малюнок “інструменти” (власні якості, вміння, досвід) і людей, які сприяли досягненню важливих цілей.

Якщо учасник тренінгу не може пригадати ситуацій успіху (у стані стресу, депресивних настроїв пам'ять може приховувати від усвідомлення приємні миттєвості життя), варто пройти ключовими точками біографії (народився у родині, мав друзів, навчався у школі, закінчив школу, вступив до училища/технікуму/вузу; закінчив вуз, знайшов роботу, отримав першу зарплату, сам зняв першу власну квартиру, зустрів дівчину, зняли спільне житло, купили перші спільні меблі, зробили перший ремонт, одружився, народили діточок, купили власну квартиру і т. ін.). Потрібно зосередити увагу учасників на тому, що в їхньому житті були неодноразові успіхи, оточували люди, які підтримували їх на різних життєвих етапах, і це оточення змінювалося протягом життя. Із часом ми звикаємо до успіхів і не сприймаємо їх як такі, але це не значить, що їх немає. Іноді спогади про наші успіхи блокують негативні події нашого життя, але вміння й навички, які забезпечували нам успіх у минулому, нікуди не поділися, так само як і наша здатність навчатися новому.

Перед і після третього етапу вправи потрібно зробити п'ятихвилинку релаксації, щоб заспокоїтися, розслабитися.

На третьому етапі проговорюється: “У житті кожного з нас були складні, трагічні, небезпечні життєві ситуації. Що і хто допоміг пережити ці ситуації? Символічно нанесіть на ваш малюнок ті ваші якості, вміння, характеристики та людей, які дозволили вам пережити ці події (навіть якщо це був лише час, що лікує, і спокій – “зима у стосунках” – може сприяти заощадженню сил, що дозволить їх використати для подолання травми). Задумайтеся, завдяки цим подіям які нові позитивні риси особистості у вас сформувалися, котрі б не змогли розвинути, якби в вашому житті все було завжди добре (наприклад, витривалість, толерантність, критичність до себе). Відзначте їх на вашому малюнку”.

На четвертому етапі вправи пропонується подумати, що хотілося б змінити в намальованому життєвому шляху, що додати чи стерти, які інструменти (символічно зобразити риси, вміння, досвід) і “помічників” додати.

Обговорюється:

- Які емоції та почуття виникали в процесі роботи і виникають зараз під час перегляду готових колажів?
- Що нового вдалося зрозуміти про себе, свої життєві цілі й цінності?
- Наскільки можна досягнути майбутнього, зображеного на малюнку, на що можна спиратися, аби воно втілювалося в реальність?

Обговорення має сприяти передачі відповідальності за власне життя самим військовослужбовцям.

Під час обговорення має прозвучати теза: навіть коли здається, що немає жодних ресурсів (інструментів, помічників) для подолання життєвих складностей, ви можете отримати ресурс із самої плинності часу. Далі пропонуємо зробити релаксацію і за нею вправу “Зміна пори року”.

Обов’язково повідомляйте учасникам тренінгу, що, опановуючи техніку “Зміна пори року”, потрібно вибирати більш-менш актуальні ситуації середньої тяжкості. Якщо учасника задовольнив отриманий ефект, він може спробувати попрацювати з більш тяжкими ситуаціями за допомогою цієї методики на індивідуальній консультації.

Оскільки ця вправа на уяву, то попередньо варто розкрити сенс вправи і анонсувати її основний зміст.

Робота з методикою “Зміна пори року”

Ця вправа не вимагає інтерпретацій і якихось глибоких пророблень. Важливе саме переживання плину часу, адже подія відбувається на тлі життя природи. Задаючи ситуацію зміни пори року, ви начебто віддаляєтеся від події.

Пропонуємо військовослужбовцеві уявити те місце, в якому він дізнався про травматичну подію. Якщо це сталося у приміщенні, то уявляємо природу біля цього приміщення. Далі послідовно уявляємо зміну пір року в цьому місці в такій черговості: осінь, зима, весна, літо. Можливо, проходження одного циклу (року) буде недостатньо, тоді варто пройти ще один-два цикли (2–3 роки). Однак у більшості випадків позитивний ефект настає від проживання в уяві вже першого року після травматичної події (наприклад, втрати близької людини).

У процесі роботи важливо вести за собою уяву військовослужбовця, яскраво прописувати моменти переходу від однієї пори року до іншої, створювати відчуття переживання цього переходу. Так, перехід від літа до осені пов’язаний зі зниженням температури, посиленням вітру, збільшенням вологості (частішими дощами), похмурістю (менше світла, нависають хмари). Перехід від осені до зими зазвичай пов’язаний із першим снігом. Відбувається зміна візуального образу, коли все було брудним і раптом стає білим-білим, а небо високим. Відзначимо, що образ зими – це образ депресії. Депресія дуже важлива для переживання втрати, вона дозволяє накопичити сили для нового етапу життя. Вона дає можливість пережити щось страшніше за саму депресію, допомагає “заморозитися”, щоб дожити до того моменту в нашому житті, коли відновляться сили і важкий час спливе. Відчуття весни зазвичай починається з танення снігу і появи таловин, запахами землі, мокрого дерева. Весну бажано давати диференційованіше – трьома частинами – початок (відлига, танення снігу, проталини на землі); середня частина весни (поява травички, перших весняних квіточок (їх аромати), набухання бруньок, спів весняних птахів); кінець весни і початок літа (трава піднялася до коліна, на деревах з’явилося листя, тепло на сонці, але ще прохолодно в тіні).

Друга важлива умова – залучити всі модальності військовослужбовця, викликати в нього зорові, слухові, тактильні, нюхові та інші образи; звертатися

до сприйняття всіх стихій, які зазвичай оточують людину: повітря, вітер, вода (у тому числі і сніг), земля, трава, вогонь (наприклад, через температуру повітря, вихлопні газы). Важливо намагатися спрямувати військовослужбовця на сприйняття образів рослин і дерев, останні особливо сприятливі для подолання травми, пошуку внутрішніх ресурсів для такого подолання. Стимулюючи військовослужбовця на сприйняття пір року, важливо запитувати не тільки: “Що ви бачите?” Пори року треба “помацати”, відчуті запахи, температуру, рух повітря, почути звуки.

Ця методика працює за рахунок трьох чинників.

1. Час. Коли спливає якийсь час, людині легше сприймати пережите. Час лікує. Якою б не була важкою травма, з часом ми ставимося до неї легше.

2. Ритм. У природі все повторюється, все вже було й буде знову, і життя триватиме.

3. Вегетативний цикл, цикл природи. Тому дуже важливо в цій техніці якась жива природа: трава, листя на деревах, ялинки, дерева, чагарники. Треба пам'ятати, якщо людина з іншої кліматичної зони, то в квітні може й не бути ще травички. Психологу необхідно чітко уявляти, як у місці проживання цієї людини змінюються пори року.

Під час проведення методики варто пам'ятати, що травматична подія може трапитися не влітку, а в будь-яку іншу пору року, тоді необхідно подовжити цикл і починати його від моменту травми, а закінчувати обов'язково влітку – у червні чи липні, коли вегетативний цикл у повному розквіті.

У процесі може виникати спротив: уявляються штучні образи або образи не виникають узагалі. У такому разі варто запропонувати в образі ситуації, що виникла, торкнутися землі під собою. Земля – це опора і тому вона природно сприймається як вихідна точка.

Іноді на останньому колі доцільно попросити військовослужбовця уявити, яким буде це місце через 10 років (“Минуло 10 років, на місці цих подій встановлено меморіальну дошку, приходять люди і кладуть біля неї квіти ...”). А в особливих випадках, наприклад, коли треба змиритись із власною смертністю (смертельне захворювання, травма, яка веде до поступового вмирання) – через 300 років (“Уявіть, що минуло 300 років, тут уже немає ні вас, ні ваших дітей, ні ваших онуків... Який вигляд у цього місця зараз?”).

У ході вправи у військовослужбовця може змінюватися образ місця або виникає бажання змінити місце. Потрібно йти за військовослужбовцем, бо в цьому новому місці може бути ресурс для опанування себе у стресовій ситуації.

Під час вправи постійно застосовуються прийоми емпатичного слухання (повторюємо останні слова клієнта, використовуємо підтвердження “так”, “угу”).

Зазвичай вправа проводиться із заплющеними очима. Перед початком робиться вправа на релаксацію. Для військовослужбовців, у яких відбулась адаптація до бойових умов (які проявляють настороженість), обов'язково слід проговорювати, що відбуватиметься; під час релаксації їхню свідомість спрямовують на сприйняття опори під спиною, під руками, під ногами, формують відчуття захищеності й безпеки.

Орієнтовний текст, який промовляє психолог під час вправи для групи: “Сядьте зручніше, обіпершись, відчуйте опору під собою, поставте зручніше ноги, відчуйте під ногами підлогу. Відчуйте через підлогу зв’язок із землею. Шию і голову тримайте так, аби було зручно, приємно уявляти образи, і намагайтеся розслабитися, зняти напруження, яке накопичилося, так наче вам хотілося б трішечки подрімати. Почніть розслаблення із м’язів плечей. Уявіть, що плечі стають важкими й теплими. Плечі важкі й теплі. Уявіть, як приємне тепло поширюється від плечей по всьому тілу. Тепло опускається з плечей у руки, розслабляється верхня частина рук, розслабляються лікті, зап’ястя, кисті рук, розслабляються долоні, кожен палець на руках. Руки розслабилися, провисли, до самих кінчиків пальців. Зверніть увагу на своє дихання. Дихання вільне й рівне, вам добре і приємно дихається. Намагайтеся відчутти приємне тепло у грудях. Тепло в ділянці сонячного сплетіння, тепло в животі, уявіть, як тепло з живота опускається в ноги. Розслабляється верхня частина ніг, розслабляються коліна, розслабляються гомілки і стопи. Стопи стають важкими, теплими. Стопи важкі й теплі. Відчуйте п’яти, відчуйте пальці ніг, ноги розслабилися. Зверніть увагу на спину. Відчуйте, як розслабляється поперек. Відчуйте хребет. Розслабляються лопатки, розслабляється середина спини між лопатками. Розслабляється шия, потилиця, вся голова розслаблена. Розслаблене тім’я, розслаблені скроні, розслабляється лоб, обличчя. Відчуйте щоки, відчуйте вилиці і підборіддя. Нижня щелепа стає важкою, губи розслаблені, язик стає теплим, розслабляються ніс і очі. Повіки важчають, вії злипаються, очі розслаблені. Спробуйте уявити собі двір, вулицю біля того місця, де ви дізналися про ту травматичну для вас подію. Якими вони були в той момент? Що там є, що росте? Спробуйте провести рукою по стовбуру дерева, яке там росте. Що ви відчуваєте? Яке воно? Як воно росте? Яке листя на деревах, яке воно на дотик? Які ви чуєте звуки? Уявіть, що минув якийсь час і настала осінь. Який вигляд це місце має восени? Що вам уявляється, яка температура повітря? Які ви відчуваєте запахи, як пахне осінь? Які ви чуєте звуки?.. А тепер уявіть, що минув іще якийсь час і випав перший сніг, який вигляд у цього місця тепер, що вам уявляється? Який сніг на дотик, що ви відчуваєте, коли торкаєтеся до нього? Яка приблизно температура повітря? Що зараз? Які ви відчуваєте запахи? Які ви чуєте звуки?.. Уявіть собі, що минув іще якийсь час і настала весна. Уявіть собі, що сніг тоне і з’являються проталини, в яких проступає земля ... Чим пахне тала земля? Яка на дотик тала вода?.. Уявіть, що пройшов місяць, і в цьому місці пробилася трава. Уявіть собі, що зараз кінець травня, який вигляд у цього місця буде наприкінці травня?.. Уявіть собі, що минув іще якийсь час і настало літо. Яке зараз це місце? Яка зараз погода? Яке листя зараз на дотик на деревах? Яка трава на землі? Що зараз? Можна тепер попрощатися з образом чи вам хотілося б побути в образі? Що би вам хотілося зробити на прощання? Запам’ятайте все, що вам зараз уявляється, і коли будете готові, то попрощайтеся з образом. Коли будете готові, то сильніше потягніться – сильно-сильно потягніться, наче після сну, і розплющіть очі. Як ви почуваетесь? Порівняйте свій стан, коли ви спочатку згадували образ і зараз”.

Підсумковою вправою першого дня може стати “Рекомендація”.

“Рекомендація”

Учасникам тренінгу необхідно підготуватись і подати рекомендацію для банку даних про перспективних працівників (навіть коли вас влаштовує робота, ви можете розміщувати свої дані в таких банках і періодично отримувати інформацію про нові вакансії, які можуть відкривати перед вами значні перспективи) або для серйозного агентства знайомств, призначеного для створення родини (наприклад, популярна нині телевізійна агенція “Половинки”).

В а р і а н т 1. Підготувати рекомендацію на самого себе. У ній відобразити свої головні переваги, сильні сторони, професійні й особистісні якості, щоб отримати гідну роботу, яка дасть матеріальне й моральне задоволення, повагу в суспільстві. На що саме слід звернути увагу, учасники вирішують самостійно, проте варто їм нагадати, що йдеться про реальні, а не вигадані факти й переваги (“Служба безпеки перевірить інформацію, яку ви повідомили”).

В а р і а н т 2 (можна використовувати, якщо робота не складається, бо учасники виявляють зайву сором’язливість у написанні власних позитивних рис). Роботу організують у парах, учасники готують рекомендації один на одного. Спочатку відводять час для спілкування в парах (6–8 хвилин), коли учасники можуть отримати необхідну інформацію один стосовно одного (опитують один одного, знижують критичність у самооцінках, чим стимулюють процес) і підготувати виступи, потім проводять публічну презентацію (одна хвилина на людину).

Таким чином створюються умови для пошуку власних сильних сторін, тренується впевнена поведінка в ситуації публічної презентації, підвищується самооцінка. Під час обговорення слід звернути увагу на такі питання:

- Що нового й цікавого вдалося дізнатися вам один про одного під час виконання цієї справи?
- Які презентації запам’яталися найкраще і чим саме?
- Якщо в когось виникали труднощі, то з чим саме вони пов’язані, як їх можна подолати?

Обговорюючи перший день тренінгу, можна задати такі питання. Чи був у вас до сьогоднішнього дня досвід участі у тренінгу? Наскільки збіглися ваші очікування від заняття, на яке ви йшли, із тим, що ви отримали на занятті? Які відчуття від прожитого сьогодні дня? Як змінювався ваш настрій протягом дня. Що дав вам сьогоднішній день?

Заняття 2

Час – 3 години.

Мета – актуалізувати ціннісно-смісловий компонент психологічної безпеки особистості.

Заняття має сприяти усвідомленню того, чого прагне у своєму житті військовослужбовець, заради чого варто жити, переносити всі труднощі служби, наражати своє життя на небезпеку; заради чого потрібно проходити реабілітацію, змінювати способи поведінки, які під час служби стали звичними, комфортними.

Матеріали: планшети, аркуші А4, ручки, дошка з маркерами, фліпчарт.

Заняття розпочинається з обговорення минулого тренінгового дня: які зміни у відчуттях, ставленні до оточення, своєї життєвої ситуації. Обговорюються сподівання, які учасники покладають на сьогоднішнє заняття. Якщо є потреба, то провести вправу на релаксацію чи “Безпечне місце”.

“Розуміння цілей”

Візьміть 4 аркуші паперу, олівець чи ручку. Напишіть угорі на першому аркуші: “Які мої цілі в житті?” Витратьте 5 хвилин, аби відповісти 20 разів на запитання “Чого я хочу?”.

Пишіть усе, що спадає вам на думку, яким би загальним, абстрактним чи тривіальним воно не здавалося. Ви можете записати сюди особисті, сімейні, кар’єрні, соціальні, громадські чи духовні цілі.

1. Я хочу _____
2. Я хочу _____
3. Я хочу _____
4. Я хочу _____
5. Я хочу _____
6. Я хочу _____
7. Я хочу _____
8. Я хочу _____
9. Я хочу _____
10. Я хочу _____
11. Я хочу _____
12. Я хочу _____
13. Я хочу _____
14. Я хочу _____
15. Я хочу _____
16. Я хочу _____
17. Я хочу _____
18. Я хочу _____
19. Я хочу _____
20. Я хочу _____

Далі потрібно для себе відповісти на такі запитання:

- Що з цього переліку є важливішим, а що менш важливим? (*позначте “+”/“–”*)
- Чого можливо досягнути, а що менш реально реалізувати у вашому житті? (*позначте*)
- Чому ви приділяєте багато часу, а чому мало? (*позначте*)
- Чому ви б хотіли приділяти більше часу? (*позначте*)
- Від чого ви готові відмовитися через неважливість? (*позначте*)
- Від чого ви готові відмовитися, оскільки досягнення цих прагнень потребує змін у вас чи змін у середовищі, в якому ви перебуваєте? (*позначте*)
- Що з цього переліку було для вас важливим до того, як ви стали учасником бойових дій? Що важливе зараз? Що має стати важливим після

закінчення ООС (чи вашої участі в ООС)?

– Відповівши на ці запитання, чи не бажаєте ви внести зміни у ваш перелік 20 бажань? За необхідності виправте його.

Відкладіть перший аркуш убік.

Візьміть другий аркуш і напишіть угорі: “Як би я хотів провести наступні три роки?” Тривалість 2 хвилини, щоб відповісти на це запитання, а потім ще 2 хвилини на те, щоб переглянути список. Відповідь на це запитання допоможе вам виявити ваші цілі чіткіше, ніж за першою спробою. Відкладіть убік і цей список.

Аби побачити свої цілі з іншого погляду, напишіть на третьому аркуші: “Якби я знав, що мені залишилося жити 6 місяців, починаючи від сьогоднішнього дня, як би я їх прожив?” Зазвичай вважається, що близькість смерті дозволяє зрозуміти, що в нашому житті є найважливішим (проявляє сенс життя), проте інколи відчуття близькості смерті провокує відчуття безглуздості будь-яких дій. Таке відчуття виникає не тому, що людині немає заради чого жити, а тому що людина відклала своє життя на потім, будувала плани на далеке майбутнє, наприклад, “ось коли закінчиться війна, тоді я буду ...”. Тому, якщо така постановка питання вас лякає, у вас опускаються руки, не хочеться нічого робити, то абстрагуйтеся від цієї цифри і просто уявіть те, що є дуже важливим для вас, але чому ви досі не приділяли уваги. Знову витратьте на відповіді 2 хвилини і ще 2 хвилини на те, щоб перевірити список, і відкладіть аркуш убік.

На четвертому аркуші випишіть три цілі, які вважаєте найважливішими з усіх перерахованих. Порівняйте всі чотири списки.

Обговорення. Наскільки виконання цієї вправи допомогло вам розібратись у своїх пріоритетах, у тому, наскільки правильно ви витрачаєте свої життєві сили, ресурси.

Хоча цей метод цілком не розкриває неусвідомлені життєві цілі, він може допомогти вам зрозуміти співвідношення між вашими цілями і вашою повсякденною діяльністю. Варто повторювати цю вправу кожні 6 місяців, аби побачити, які зміни відбулися за цей час.

Інколи те, заради чого ми живемо, нами не усвідомлюється. Для усвідомлення таких цілей життя можна виконати вправи “Епітафія” і “Сенс життя”.

“Епітафія”

Вправа має такі етапи.

1. Тренер розповідає притчу: “Кажуть, що десь на Кавказі є старе кладовище, де на могильних плитах можна побачити приблизно такі надписи: “Сулейман Бабашидзе. Народився у 1820 р., помер у 1858 р. Прожив 3 роки...”, або “Нугзар Гаприндашвілі. Народився у 1840 р., помер у 1865 р. Прожив 120 років...”. Далі він запитує у групи: “Невже на Кавказі рахувати не вміють? Можливо, зі сенсом робилися всі ці написи на могильних плитах? Але з яким саме?.. Сенс у тому, що таким чином сучасники оцінювали насиченість і загальну цінність життя людини”.

2. Загальна інструкція: “Зараз ми спільними зусиллями складемо розповідь про людину, яка на цей час (наприклад, 2021 р.) закінчила школу чи демобілізувалася з армії та має прожити до 75 років. Кожен повинен буде по черзі назвати важливу подію в житті цієї людини (після демобілізації і до смерті, скажімо у 2067 р.) – із цих подій і складеться її життя. Звертаю особливу увагу на те, що події можуть бути зовнішніми (навчання, праця в певному місці, одруження, якийсь вчинок), а можуть бути і внутрішніми, пов’язаними з глибокими роздумами й переживаннями (наприклад, деякі люди стали визначними, майже не виходячи зі свого помешкання). Бажано пропонувати події, що відповідають дійсності (без зустрічей із прибульцями тощо)”.

3. Тренер називає першу подію, наприклад: “Наш герой по закінченні середньої школи з двома трійками, відслужив строкову службу і службу за контрактом”. Далі учасники по черзі називають свої події. Усі вислови учасників фіксуються на дошці (фліпчати).

4. Коли останній учасник називає свою подію, припускається, що головний герой умирає в 75 років відповідно до умов гри.

5. Тренер пропонує всім трохи поміркувати й по черзі, поки без коментарів, просто сказати, скільки років можна було б написати на могильній плиті героя. Усі по черзі називають свої варіанти (роки, прожиті не безглуздо).

6. Учасники, які назвали найбільшу й найменшу кількість років для головного героя, коментують свої відповіді.

7. Група відповідає на запитання (із подальшим обговоренням): “Які події могли б прикрасити ваше майбутнє життя?”

8. Далі учасники самостійно придумують і записують 10–15 головних подій життя якогось гіпотетичного учасника вправи.

В обговоренні можна використовувати такі запитання: які емоції й почуття виникали в процесі роботи? Що нового вдалося зрозуміти про себе, свої життєві цілі й цінності? Легше, складніше чи зовсім по іншому визначаються сенс і цінності власного життя за допомогою прямих запитань (як у попередній вправі) чи краще таким непрямим способом?

Ураховуючи, що наступна вправа “Сенс життя” призначається для роботи з уявою учасників тренінгу, то заздалегідь повідомляється, що всі події вправи відбуваються в цілком безпечних, мирних місцях; тренер постійно веде уяву військовослужбовця.

“Сенс життя”

Сядьте прямо і зробіть кілька глибоких вдихів і видихів. Заплющіть очі й зосередьтеся.

Уявіть собі старовинну порожню віллу десь в Італії, в якій зараз ніхто не живе. Огляньте цю будівлю. Пройдіть усіма кімнатами, помилуйтеся на старовинні меблі, світильники, картини й килими.

Далі підніміться сходами на другий поверх, пройдіть через спальню. Зверніть увагу на фіолетову порт'єру, яка ледь прикриває широкі дерев'яні двері. Відсуньте порт'єру вбік і відчиніть двері.

Тепер ви бачите інші сходи, які всі в павутинні. Очевидно, ними дуже давно ніхто не користувався. Повільно піднімайтеся сходами й відчиняйте двері нагорі.

Ви потрапили в старовинну бібліотеку, наповнену світлом, що ллється з вікон і крізь скляний дах. Спробуйте прочитати кілька назв книг. Раптом ви помічаєте в кутку кімнати якогось чоловіка. Він каже спокійним, м'яким голосом: “Я чекав на тебе”. І звідкись із глибини душі до вас приходить відчуття, що цей мудрець володіє всіма знаннями світу і може відповісти на всі запитання.

Ви наважуєтесь поставити йому найважливіше запитання: “Навіщо я прийшов у цей світ?” І в тиші чекаєте, що він вам відповість. Відповідь може прийти у словах, жестах, у переданих телепатично думках чи образах. Ви можете ставити цій людині будь-які важливі для вас запитання. А тепер подякуйте старому мудрецю і попрощайтесь з ним. Спустіться сходами вниз, знову пройдіть по всіх кімнатах. Виходьте з вілли і повертайтеся назад. Ви відчуваєте себе оновленим після цієї зустрічі. Потягніться, випрямтеся і розплющіть очі.

Обговорення:

– Чи отримали ви відповідь на поставлене запитання?

– Чи готові ви поділитися цим із групою?

Під час обговорення фокусуйте увагу на тому, що ідентифікація зі значущим іншим є одним із перших способів, якому навчаються діти для виконання завдань, складніших за ті, до яких вони звикли (так, якщо дитина боїться, запропонуйте їй уявити, як у цій ситуації поводить себе супермен, дитина уявляє себе суперменом і стає сміливішою). Цей спосіб не втрачає своєї актуальності протягом усього життя. Так, звернення до образу “старого”, “мудреця” актуалізує мудрість підсвідомості, до якої у звичайному стані ми не маємо доступу. Такою вправою ми можемо вивести з підсвідомості цілі, яких прагнемо, але яких ми не усвідомлюємо (підсвідомість може приховувати від нас усвідомлення цілей через те, що їх не схвалюють наші батьки, знайомі або дружина вважає їх нездійсненними чи егоїстичними, бо вони не відповідають узятому на себе образу раціональної, розумної людини тощо).

Обговорення другого тренінгового дня. Учасникам пропонується поміркувати над тим, чи стали вони краще розуміти свої цілі життя. Як змінилися їхні емоційні відчуття з усвідомленням своїх цілей. Учасники по колу описують свої враження від заняття, а також оцінюють, наскільки вони відповідали очікуванням.

За необхідності наприкінці тренінгового дня проводиться вправа на релаксацію чи вправи “Ключі” (Х. М. Алієва) з установкою на життєвий успіх.

Заняття 3

Час – 3 години.

Мета – актуалізація мотиваційно-вольового компонента психологічної безпеки особистості.

Цей компонент психологічної безпеки відповідає за гнучкість досягнення цілей, за перерозподіл енергії на користь важливіших цілей, за використання продуктивних копінгів.

Матеріали: планшети, аркуші А4, ручки.

Заняття починається з обговорення минулого тренінгового дня, як змінилося ставлення до себе, до організації власного життя. Обговорюються очікування, сподівання, які учасники покладають на сьогоденне заняття. У разі потреби проводиться вправа на релаксацію чи “Безпечне місце”.

“Хороше в поганому”

Як ми вчиняємо з усілякими неприємностями, що неминуcho трапляються в нашому житті?.. Наші реакції можуть бути різними. Можна повністю сконцентруватися на помилках і невдачах, образливих словах, несправедливості і злісті, які, безумовно, існують у сучасному світі. Цей спосіб поводження з негативним дуже поширений. Більше того, деякі люди до такої міри концентруються на негативному, що самі починають створювати негатив навколо себе.

Проте досвід переконує, що в будь-якій негативній події чи явищі завжди є щось позитивне. Залишивши без уваги банальний “наполовину порожній – наполовину повний стакан”, сконцентруємося на простому прийомі, який не дозволяє псувати нам настрій минулими й майбутніми неприємностями.

Прийом полягає в тому, що у трагедії або в очікуваній неприємній події ми шукаємо позитивні моменти, образно уявляємо собі цей позитив і вживаємося в нього.

Ця вправа має кілька складників.

1. Згадавши про одну свою невдачу (байдуже, коли вона трапилася, – нещодавно чи дуже давно). За правилом цього тренінгу для роботи беруться ситуації середньої тяжкості. Необхідно в оптимістичній манері спробувати розповісти про неї групі.

Завдання учасників групи – після завершення розповіді спробувати скоригувати невдачу в бік більшого оптимізму.

Обговорення:

– Що заважає нам міркувати в оптимістичному стилі?

– Які переваги і недоліки оптимізму?

2. Зіткнувшись із неприємними подіями або припускаючи, що вони можуть відбутися, треба подумати про те, що в цих подіях може бути хорошого, приємного, позитивного чи хоча б корисного.

Згадавши про неприємну подію, що сталася з вами в минулому або яку можна очікувати в майбутньому, слід подумати, що в цій події може бути хорошого, і розказати про це. Члени групи повинні допомагати один одному в пошуках позитиву.

Обговорення. Що заважає брати до уваги позитивне? Під час обговорення звертати увагу на те, що ситуація рідко буває однозначною, і зміна погляду на ситуації – це досить суттєвий ресурс. Крім того, набуття досвіду з будь-якої ситуації, використання цього досвіду для коригування своїх планів (зворотний зв’язок у діяльності) – це важливе вміння життєстійкої людини.

“Сходишки досягнень”

Учасників просять подумати про якусь мету, якої їм хотілося б досягти протягом найближчого року, і стисло записати її. Після цього вони малюють на аркуші паперу формату А4 шість сходинок. Нижня сходинка позначає стан,

коли ця мета абсолютно не досягнута, верхня – коли вона повністю досягнута. Учасникам пропонується записати біля першої й останньої сходинки по 2–3 ознаки, що позначають особливості ситуації, коли мета, відповідно, не досягнута або досягнута повністю. Після цього учасники мають подумати, на якій сходинці досягнення мети вони перебувають у цей момент, зазначити цю позицію і записати 2–3 її головні характеристики.

Коли цю частину роботи завершено, перед учасниками постає головне питання: що конкретно необхідно зробити, аби піднятися в досягненні мети на сходинку вище? Для роздумів надається 1,5–2 хвилини, після чого учасників просять записати або замалювати головні міркування щодо цього. По завершенні задається ще одне питання: коли саме кожен з учасників зробить те, що йому потрібно для наближення до мети ще на одну сходинку?

Під час обговорення учасники мають висловитися: які висновки вони зробили особисто для себе під час виконання цієї вправи, а також в яких життєвих ситуаціях, на їх думку, доцільно застосовувати подібні техніки. За бажанням кілька учасників можуть детальніше розповісти про мету, яку вони поставили, і дії, що запланували для її досягнення.

“Неказкові проблеми”

Учасникам групи пропонується згадати про які-небудь свої труднощі, проблеми, з якими вони стикнулися нещодавно. Ведучий дає таке завдання: “Виберіть казкового персонажа, який міг би натрапити на таку саму проблему. Цілком можливо, що вам захочеться придумати свого власного героя. Це ще краще. Назвіть своїх персонажів”.

У разі необхідності можна попросити уточнити характеристики вибраних персонажів, зовнішній вигляд тощо. Це важливо тоді, коли герой вигаданий. Дуже часто (якщо не завжди) на образ казкового героя проєктуються риси “Я”-концепції.

Потім учасники повинні придумати зачин казки, в якій герой натрапить на проблему, схожу (можливо, лише віддалено й метафорично) на їхню реальну проблему. Зачини казок розповідають по колу. Таким чином, на цьому етапі всім стає зрозумілим (з певною мірою наближення) сенс труднощів кожного.

На дошці записують імена всіх казкових персонажів. Кожному учаснику пропонують по черзі підійти до дошки і з’єднати стрілками імена тих героїв, чий труднощі, на їхній погляд, у чомусь схожі.

На наступному етапі в парах (групах учасників, зачини яких близькі) необхідно придумати продовження казки. Ведучий дає приблизно таку інструкцію: “Ми маємо зачини казок, але, як і у великих романах, заявлені сюжетні лінії повинні якимось чином перетнутися, щоб народилося продовження обох казок, але вже в одному творі. Ваше завдання – скласти це ваше загальне продовження, в якому персонажі шукають способи вирішення складних питань, що постали перед ними”.

Через кілька хвилин (10–15) у колі звучать щойно створені казки. Розповідає хтось один із пари, другий за необхідності доповнює.

“Казкові” способи вирішення життєвих проблем на цьому етапі, як правило, символічно повторюють ті спроби, які вже робились учасниками у

реальності і не дали результату, або відображають знайдені способи рішення, відкинуті з якихось причин як зовсім неприйнятні. Це природно: аби перейти до пошуку вирішення проблем в іншій площині, треба зрозуміти, що очевидні варіанти вже вичерпано. Відігравши їх у метафоричній формі, учасники піднімаються на інший рівень щодо проблемної ситуації. Робота в парах і необхідність об'єднати зусилля у створенні казки зі спільним рішенням дозволяє наблизитися до межі цього переходу на якісно інший рівень, поглянути на ситуацію з нової, несподіваної точки зору.

Допомогти в цьому може раптова заява ведучого, що, на його думку, всі казки залишилися незавершеними і необхідно скласти їх продовження (так би мовити, другий сезон).

“Уявіть собі, що вам дістався якийсь чарівний засіб, за допомогою якого можна вирішити вашу проблему. Подумайте, що це за отриманий засіб, хто вам його дав, якої зажадав плати? У чому полягає результат, який ви отримаєте, скориставшись засобом? Знову складайте разом продовження!»

Важливе значення має запитання про ціну, яку готовий заплатити герой за цей чарівний засіб. Провокаційні запитання ведучого спрямовані на те, щоб підкреслити абсолютну незначущість матеріальних цінностей у казковому світі і зорієнтувати учасника на усвідомлення тих жертв, на які він готовий піти для досягнення своєї мети, і змусити його задуматися, а чи варта мета цих жертв.

Обговорення в парі. Обговорюються враження, які виникають у процесі вирішення життєвої проблеми в символічному полі (легше чи складніше і чому), у роботі в парі.

Вирішення життєвої проблеми в символічному полі має надзвичайний ресурс. Ідентифікація з казковим героєм дозволяє набути нових рис (усвідомити в собі наявність цих рис). Робота в полі казки дає можливість відійти від своїх емоцій із приводу ситуації, які блокують процес пошуку рішення, уникнути надмірної самокритичності в оцінці власних можливостей. Робота в парі уможливорює: формування усвідомлення, що не лише в тебе такі проблеми (терапевтичний ефект усвідомлення того, що твоя ситуація не унікальна, ти не один такий), усвідомлення того, що для вирішення таких проблем існує не один шлях.

Обговорення третього тренінгового дня. Учасникам пропонують поміркувати над тим, що дало їм сьогоднішнє заняття, висловити свої враження від нього, а також оцінити, наскільки воно відповідало очікуванням.

За необхідності наприкінці тренінгового дня проводиться вправа на релаксацію чи вправа “Ключі” (Х. М. Алієва) з установкою на життєвий успіх.

Заняття 4

Час – 3 години.

Мета – актуалізувати дію морально-комунікативного компонента психологічної безпеки особистості. Цей компонент сприяє підтриманню психологічної безпеки особистості й формуванню умов для самореалізації за рахунок того, що розуміння правил, за якими організується взаємодія в тій чи іншій соціальній групі зменшує конфліктність поводження. Як наслідок, людина має змогу витратити психічну енергію на досягнення власних цілей, а

не на подолання конфліктів.

Матеріали: планшети, аркуші А4, ручки, пластилін, невеличкі столи (після використання прибирають із кола) чи олівці (фломастери). Роздруківка правил бою за Ф. Пьюселиком.

Передусім обговорюють минуле заняття, і зміни, які воно ініціювало, а також очікування, сподівання, які учасники покладають на сьогоднішнє заняття.

“Внутрішнє виправдання”

Учасникам пропонують низку завдань.

Пройтися так, як ходить:

- дитина двох років;
- дуже стара людина;
- п'яний чоловік;
- упевнена в собі людина;
- закохана людина;
- артистка балету.

Сидіти на стільці так, як:

- касир на робочому місці;
- наречений на весіллі;
- вершник на коні;
- вагітна жінка;
- стомлена людина;
- першокласник за партою.

Посміхнутися так, наче:

- для обкладинки журналу;
- після великого виграшу в лотерею;
- даєш надію товаришу, його підтримуєш.

Учасникам необхідно запропонувати цілу серію таких вправ.

Вправа оцінюється позитивно за виразність міміки і пластики, цікаві знахідки, відповідність стимулу, рухливості переключення нервових процесів. Ця вправа виявляє характер творчого уявлення, стимулює розвиток креативності й фантазії, здатність до емоційного (імпульсивного) сприйняття, імпровізації, спостережливості, розвитку почуття гумору тощо. Особливо варто зауважити, що якісне виконання завдання можливе лише з усвідомленням того, що відчуває заданий герой, його переживань, цінностей, досвіду тощо (у разі певної ідентифікації з ним).

“Якості, які дратують в інших людях”

Учасникам дають аркуші і за одну хвилину вони мусять написати всі якості, які їх дратують в інших людях. Ці якості зачитуються по колу. Коли всі якості оголошено, ведучий пропонує поглянути на них з іншої точки зору: які якості в нас самих сприяють тому, що нас дратує в інших людях, саме ті якості, які всі учасники написали. Наприклад, мене можуть дратувати люди, які брешуть. Моїми якостями, які сприяють цьому, є моя непроникливість, недалекоглядність, нездатність розбиратися в людях.

Ведучий пропонує всій групі допомогти кожному учаснику, який зачитує свої якості, розібратися, чому саме ті або інші якості можуть його дратувати.

“Пластлін”

Група ділиться на пари. Партнери сідають один навпроти одного. На столики між ними кладеться по великій грудці пластиліну. Усі зав’язують собі очі. Тренер дає інструкцію: “Вам потрібно зліпити з цієї грудки пластиліну одну загальну фігуру. Розмовляти й підглядати забороняється. На виконання завдання вам дається 5 хвилин”.

Завдання можна спростити змістовно і технічно:

- дозволити учасникам виконувати його з розплющеними очима;
- конкретизувати завдання (зліпити морську зірку, снігову бабу тощо);
- замінити ліплення на малювання одним олівцем.

Крім того, під час виконання завдання можна задати ролі, наприклад ліпити в парі:

- чоловік і дружина;
- батько і син;
- дід і онук.

Додаткові рекомендації: складний варіант вправи (із пластиліном) і розподілом ролей краще робити в невеликих групах. Залежно від етапу групової динаміки й розмірів групи ділити на пари можна за випадковою ознакою (наприклад, за рахунком) або на вибір тренера. Робота в різностатевих парах, як правило, знижує агресію і підсилює позитивну енергетику групи.

Після виконання вправи група обговорює такі питання:

- Які емоції виникли у вас під час роботи в парі?
- Чи був розподіл ролей у парі на головного і веденого?
- Як працювалося в заданих парах: наскільки були вам комфортні ті чи інші ролі.

“Правила цивільного життя”

Франк Пьюселік був учасником війни у В’єтнамі, потім тривалий час займався реабілітацією військовослужбовців. Він визначив, що на війні, аби вижити, людина підсвідомо формулює для себе специфічні правила, які цивільне життя ускладнюють.

Таких 8 основних навичок, які необхідні в бою, але ускладнюють цивільне життя.

1. Безпека. У зоні бойових дій військовослужбовці мають бути постійно наготові на випадок небезпеки. Повсякденні події в цивільному житті, на кшталт дорожніх заторів, можуть запустити відчуття небезпеки і вразливості. Військовослужбовці схильні до постійної пильності й контролю. Цивільні особи, які звикли до безпеки, можуть не розуміти такої поведінки.

2. Питання довіри й визначення ворога. У зоні бойових дій, аби вижити, військовослужбовці повинні навчитися нікому не довіряти. Краще вважати всіх ворогами до того часу, доки не переконаєшся у зворотному. У цивільному житті недовіра й підозра псують стосунки, у тому числі й сімейні.

3. Відданість меті. На війні першочергове й найважливіше – виконання завдання, яке поставлене командуванням. На це спрямовуються вся увага й ресурси. У цивільному світі люди проявляють ініціативу, формують нові завдання, розставляють пріоритети і вирішують самі, як і куди їм рухатися.

4. Прийняття рішень. У зоні бойових дій дотримання наказу критично важливо для особистої безпеки й успіху завдання. Військовослужбовці, чий ранг дозволяє приймати рішення, повинні віддавати накази, які стосуються життя і смерті інших людей, навіть якщо в них немає всієї необхідної інформації. У цивільному житті, особливо в родині, прийняття рішення – це спільна справа. Людям потрібен час для обговорення питань і варіантів рішень, і часто вони просять додаткову інформацію.

5. Тактика реагування. У зоні військових дій виживання залежить від автоматичної реакції на небезпеку. Критично важливо діяти першим, із максимальною вогневою міццю, а розмірковування відкласти на потім. Не менш важливо зберігати в готовності все обладнання, у тому числі і зброю. У цивільному житті неприбрані кімнати і брудні речі можуть викликати нерозуміння в людини, яка повернулася з війни, а її реакція може налякати і приголомшити оточення.

6. Передбачуваність і контроль. У зоні бойових дій, якщо ворог може передбачити ваші пересування, розташування, плани і наміри, – ви в небезпеці. Військовослужбовці вчаться бути непередбачуваними і приховувати інформацію. Працедавці від співробітників очікують дотримання розпорядку і правил, а дружинам і дітям це просто необхідно. Передбачуваність – основа довіри. Таким чином, якщо на війні непередбачуваність зберігає життя, то вдома вона може стати джерелом серйозних проблем.

7. Контроль емоцій. Бойові дії залучають людину в події, які спричиняють страх, втрати й горе. Робота ж військовослужбовця вимагає, щоб він діяв швидко, завжди перебував у готовності до небезпеки. Перелік прийнятних емоцій зводиться до гніву і роздратування. Придушити емоції можна за допомогою алкоголю й наркотиків, і такий спосіб може застосовуватися військовослужбовцем навіть після повернення додому. Емоції, небезпечні в бою, можуть стати надзвичайно потрібними у стосунках удома, в родині.

8. Складності з розмовами про війну. Дуже складно говорити про те, як війна змінює людей. Вона може змінити базові переконання про людство і справедливість у світі. У бойових умовах шанс розмірковувати про ці поняття малий. Удома важко пояснити цивільним – людям, які живуть у безпеці, що сталось у бою, які приймалися рішення, чому вони були необхідними. Розмови про війну можуть викликати у військовослужбовця надлишок емоцій – печалі й жаху. Він може боятися, що такі історії засмутять людей, яких він любить, чи відвернуть від нього.

Ви можете ознайомитися з цими правилами (роздати роздруківку).

Зазначимо, що дії у стресовій ситуації, які забезпечують виживання, досить універсальні і їх можна звести в загальні правила.

Життя без війни багатогранніше, має більше нюансів, тож універсального переліку, що підходить для кожного, просто немає. Спробуємо скласти кожен свій перелік правил мирного життя. Звісно, він не буде вичерпним, намагатимемося охопити типові для вашого життя ситуації.

Пригадаймо життя до АТО (ООС) і проаналізуємо, які форми поведінки залишити, а які варто змінити.

1. Пригадайте, з чого розпочинався ваш день: де і з ким ви прокидалися, як віталися, снідали, як будували плани на день?.. Пригадали? Напишіть недоліки і переваги такого початку дня. (Розділіть аркуш на дві колонки, в одну внесіть – хороше, в іншу – негативне за кожним пунктом переліку.) Відповідно визначте, які форми поведінки є сенс перенести у своє життя сьогодні. Щоб ви додали до переліку, виходячи зі сформульованих на попередніх заняттях цілей життя?

2. Ви йшли на роботу, службу, у своїх побутових справах. Як зазвичай проходив ваш день? Якими справами був наповнений? Де, з ким і на яку тему ви спілкувалися? Які емоції викликало це спілкування? Пригадали. Зробіть перелік типових справ і співрозмовників за день (місяць), рік. Напишіть недоліки й переваги такого дня. (Розділіть аркуш на дві колонки, в одну внесіть хороше, в іншу – погане за кожним пунктом переліку). Виходячи з цього, визначте форми поведінки, які є сенс перенести у своє життя сьогодні. Щоб ви додали до цього переліку відповідно до сформульованих на попередніх заняттях цілей життя?

3. Ви повертаєтеся додому з роботи чи після щоденних справ. Як ви проводите свій вечір? Вітаєтеся з близькими, вечеряєте. На які теми ви спілкуєтесь, які емоції з цього приводу переживаєте? Зробіть перелік. Напишіть недоліки й переваги такого вечора. (Розділіть аркуш на дві колонки, в одну внесіть хороше, в іншу – негативне за кожним пунктом переліку.) Які форми поведінки є сенс перенести у своє життя сьогодні? Щоб ви додали до поведінки під час вашого типового дня з огляду на сформульовані на попередніх заняттях цілі життя?

4. Візьміть чистий аркуш і складіть опис типового ідеального дня. Ви змінилися. Які форми поведінки після повернення з ООС у вас ускладнені? Визначте перелік того, що потрібно тренувати (саме тренувати, адже навички виробляються лише тоді, коли ми робимо вправи).

5. Почнемо з простого. Ви сьогодні вже виконали першу вправу, коли вам потрібно було зробити одне й те саме завдання в різних ролях. Спробуємо ще. Розіб'ємося на групи по 3–4 учасника. Кожен з учасників мусить привітатися зі своєю групою:

- як робив це кожного ранку до ООС;
- як робить це кожного ранку зараз;
- як від нього очікують близькі;
- як вітається, коли в доброму гуморі;
- як вітається, коли роздратований.

Ваша дитина питає дозволу погуляти увечері з друзями. Ви поводитиметеся так:

- як поводитися в цій ситуації до перебування в ООС;
- як поводитися зараз;
- як поводитися в такій ситуації, коли у вас добрий настрій;
- як ви поводитися в такій ситуації, коли роздратовані.

Члени групи мають надати зворотний зв'язок: чи відчують вони різницю, і яке привітання (дозвіл на прогулянку) їм здалося найбільш конгруентним (форма відповідає стану).

Обговорюється наскільки складно було виконувати завдання, наскільки корисним воно виявилось. Чи будуть вони тренувати самостійно необхідні форми поведінки? Акцентується увага, що саме по собі усвідомлення необхідності дій чи невідповідності дій веде до змін форм поведіння.

Обговоренню тренінгового дня сприяють такі питання. Які враження від цього заняття у вас склалися? Що нового для себе ви дізналися? Наскільки корисними були вправи? Наскільки заняття відповідало вашим очікуванням?

Заняття 5 (заключне)

Час – 2 години

Мета – візуалізація результатів тренінгу, підведення підсумків.

Матеріали: планшети, аркуші А4, ручки, аркуші А2–А3, олівці, фломастери, клей, журнали, ножиці, невеличкі столи (після використання прибираються з кола).

На початку заняття обговорюється попереднє заняття. З'ясовуються очікування на сьогодні.

“Карта майбутнього”

Це завдання не є для вас чимось новим. Після двох тижнів занять я прошу вас намалювати карту свого майбутнього. Ваші глобальні цілі позначте як пункти місцевості, куди б ви хотіли потрапити. Позначте також проміжні великі й маленькі цілі на шляху до них. Придумайте й напишіть назви для пунктів-цілей, до яких ви прагнете у своєму особистому і професійному житті. Намалюйте також вулиці й дороги, якими ви прямуватимете. Як ви досягатимете своїх цілей? Найкоротшим чи обхідним шляхом? Які перешкоди вам треба подолати? На яку допомогу ви можете розраховувати? Яку місцевість вам доведеться перетнути на своєму шляху: квітучі й родючі краї, пустелі, глухі й захаращені місця? Прокладати дороги і стежки ви будете на самоті чи з кимось? У вас є 30 хвилин.

Зображення свого майбутнього у вигляді карти місцевості дозволить учасникам чіткіше усвідомити свої цілі. Метафоричне зображення цілей у вигляді пунктів на карті, а шляхів їх досягнення – у вигляді вулиць і доріг допомагає учасникам створити в уяві наочну картину свого майбутнього.

Після створення такої карти кожен зможе співвіднести цілі між собою і зрозуміти, наскільки вони поєднуються одна з одною, які перешкоди можуть трапитися на шляху до них, які нові можливості відкриваються. Які почуття викликає у вас робота з планування власного майбутнього і зроблена карта?

“Спільне малювання карти майбутнього”

Ця вправа є логічним продовженням попередньої, але потребує від учасників внесення коректив та узгодження власних цілей із цілями своїх товаришів по службі. По суті, спільне малювання-планування – це модель поведінки в суспільстві, оскільки досягнення своїх цілей людиною відбувається не у вакуумі.

Обговорення:

– Наскільки цілі учасників збігаються?

– Наскільки важко скоригувати власні цілі й ураховувати під час їх планування цілі інших людей?

– Наскільки необхідне й можливе тимчасове об’єднання для досягнення цілей?

– Чи є дружба ресурсом для подолання складних життєвих ситуацій?

– Наскільки ефективним є використання маніпуляції людьми, який зворотний ефект вона може мати?

Учасники по колу описують свої враження від заняття та оцінюють, наскільки воно відповідає сподіванням.

Необхідно обговорити враження від усього пройденого тренінгу, оцінити, наскільки він відповідав очікуванням і був корисним.

НЛП-техніки у кризовому консультуванні

Техніка для самозаспокоєння “Безпечне місце”

Ця вправа належить до технік символдрами, тобто техніка роботи з уявними образами, ментальними структурами. Тема “Безпечне місце” сприяє самозаспокоєнню клієнта. Освоївши цю техніку, він може її використовувати і без допомоги психолога. Клієнтові пропонують згадати таке місце, де він відчував себе захищеним. Якщо він не може згадати такого місця (а це дуже ймовірно), то мусить його вигадати. Це місце має бути надійним, аби ніщо не могло його зруйнувати, і клієнт був недосяжним для інших. Важливо, що тільки сам клієнт вирішує, хто може до нього ввійти, а хто – ні. Це захищений простір. Однак існує й небезпека цієї теми: вона може перетворитися на пастку (як у казці про 40 розбійників “Сім-сім відкрися”). Психолог не інтерпретує вибір місця.

Т е к с т п с и х о л о г а: “Як ви себе відчуваєте. Сядьте зручніше, відчуйте підлокітники, відчуйте під ногами підлогу, відчуйте через підлогу зв’язок із землею. Зручно тримайте шию, голову, щоб вам було зручно і приємно уявляти образи. Намагайтеся розслабитися, зняти напруження, що накопичилося, так наче вам хочеться трошки подрімати. І спробуйте уявити собі якесь надійне, захищене місце, де б ви могли почувати себе в повній безпеці. Усе, що вам уявиться, добре. Це цілком надійне і захищене місце, де ви в безпеці. Огляньте його, який воно має вигляд іззовні, що там усередині, яке там світло... які кольори ви бачите... які запахи відчуваєте... які у вас відчуття від дотику до поверхонь у цьому місці... яка там температура повітря. Торкніться руками підлоги. Це ваше надійне і захищене місце. Тільки ви вирішуєте, кого ви можете допустити всередину. Розташовуйтеся зручніше в цьому надійному й захищеному місці. Побудьте в такому стані комфорту, спокою і безпеки. Ви відчуваєте себе в цілковитій безпеці. Це – ваше надійне, захищене місце. Ви абсолютно захищені. Це – ваше простір. Просто побудьте в ньому, насолодіться ним. Не поспішайте, проведіть тут стільки часу, скільки вам хочеться. Це – ваше надійне, захищене місце. Запам’ятайте все, що вам уявлялося. Кожного разу, коли ви відчуватимете хвилювання, напруження, ви можете просто заплющити очі і уявити своє надійне місце. Можете уявляти його, аби зняти хвилювання і збудження. Запам’ятайте все, що вам уявлялося, і коли будете готові піти звідси, то сильно-сильно потягніться і розплющіть очі. Як ви себе відчуваєте? Що стало найяскравішим враженням?”

У цій вправі принципово важливо, що місце вибирає сам клієнт і психолог повинен іти за ним і підтримувати його в його виборах. Обов’язково слід ігнорувати негатив – відволікати від нього увагу і підтримувати позитив, використовуючи посилення: “відчуйте цю силу в собі”, “відчуйте як тепло (від їжі, алкоголю) розходить по вашому тілу аж до кінчиків пальців”. Якщо клієнт під час сеансу хоче змінити місце, то йдіть за ним, бо в новому місці може бути ресурс для подолання негативних ситуацій. Необхідно також

стежити, аби клієнт не заганяв себе в пастку, і керувати його образами, підкреслюючи безпеку місця. Особливо важливо керувати образами в роботі з клієнтами з ПТСР, бо в них негативні емоції легко поширюються на всі пропонувані ситуації.

Досить часто ця вправа доповнюється ще одним етапом – створенням символу цього місця за допомогою підручних засобів. Створена таким чином річ береться з собою і стає засобом швидкого досягнення бажаного стану (тією асоціацією, враженням, яке вмикає цей стан).

Інколи така річ не створюється в реалі, а особу під час перебування в “безпечному місці” просять озирнутися і углядіти в цьому місці річ, яка може нагадувати про нього, роздивитися її, “узяти” її з собою.

“Зміна пори року”

Людині у випадку стресу від втрати близької людини важливо виговоритись і відчутти присутність іншої людини. Психолог може навіть поруч мовчати або проговорювати, те, що говорить клієнт (емпатичне слухання). Спілкування між психологом і клієнтом не має бути допитом (“А розкажіть, як було ...”), треба давати можливість виговоритися клієнту, але не змушувати його говорити. Таку тактику психолог мусить використовувати в перші три-сім днів після травмуючої події. У ці дні клієнт не здатен до продукування образів, до аналізу та інтерпретації. Час спілкування психолога і клієнта не має перевищувати 50 хвилин. Краще зустрічатися частіше (кілька разів на тиждень), але не перевищувати цей ліміт, бо тривала зустріч важко переноситься і самим клієнтом, і психологом.

Практично з 3–7 дня, коли у клієнта відновлюється здатність працювати з образами, можливо використовувати техніку “Зміна пори року”. Вона дозволяє зняти гостроту переживань і не вимагає інтерпретацій і якихось глибоких пророблень. Важливе саме переживання плину часу, адже подія відбувається на тлі життя природи. Задаючи ситуацію зміни пори року, ви начебто віддаляєтеся від події.

Сутність техніки: пропонуємо клієнту уявити місце, в якому він дізнався, що його близької людини вже немає. Якщо це сталось у приміщенні, то слід уявити природу біля цього приміщення. Далі потрібно послідовно уявити зміну пори року в цьому місці в такій черговості: осінь, зима, весна, літо. Можливо, проходження одного циклу (року) буде замало, тоді можна пройти ще один-два цикли (2–3 роки). Проте в більшості випадків позитивний ефект настає від проживання в уяві вже першого року без втраченої людини.

Під час проведення методики важливо вести за собою уяву клієнта, яскраво прописувати моменти переходу від однієї пори року до іншої, створювати відчуття переживання цього переходу. Так, перехід від літа до осені пов’язаний зі зниженням температури, посиленням вітру, збільшенням вологості (частішими дощами), похмурістю (мало сонця, нависають хмари). Перехід від осені до зими зазвичай пов’язується з першим снігом. Відбувається зміна візуального образу, коли все було брудним і раптом стає білим-білим, а небо – високим. Зазначимо, що образ зими – це образ депресії. Депресія дуже важлива для переживання втрати, вона дозволяє накопичити сили для нового

етапу життя. Дає можливість пережити щось страшніше за саму депресію, “заморозитися”, аби дожити до того моменту в житті, коли відновляться сили, коли важкі часи минуть. Відчуття весни зазвичай починається з танення снігу і появи таловин, появою запахів землі, мокрого дерева. Весну бажано давати диференційованіше – трьома частинами: початок (відлига, танення снігу, проталини на землі); середня частина весни (поява травички, перших весняних квіточок (їх аромати), набухання бруньок, щебет весняних птахів); кінець весни і початок літа (трава піднялася до коліна, на деревах з’явилося листя, спекотно на сонці, але ще прохолодно в затінку).

Друга важлива умова: необхідно залучити всі модальності клієнта, викликати в нього зорові, слухові, тактильні, нюхові та інші образи; звернутися до сприйняття всіх стихій, які зазвичай оточують людину, – повітря (вітер), вода (у тому числі і сніг), земля (а також трава, що на ній зростає), вогонь (наприклад, через температуру повітря, вихлопні газы). Важливо намагатися спрямувати клієнта на сприйняття образів рослин і дерев, останні особливо сприятливі для подолання травми, пошуку внутрішніх ресурсів для її подолання. Стимулюючи клієнта на сприйняття пір року, важливо запитувати не тільки “Що ви бачите?”. Пори року треба “помацати”, відчуті їх запахи, температуру, рух повітря, почути звуки.

Методика працює за рахунок таких чинників.

1. Час. Коли минає якийсь час, людині легше сприймати пережите. Час лікує. Якою б важкою не була травма, з часом ми ставимося до неї легше.

2. Ритм. У природі все повторюється, все вже було і буде знову, і життя знову триватиме.

3. Вегетативний цикл, цикл природи. Тому дуже важлива в цій техніці якась жива природа: трава, листя на деревах, ялинки, дерева, чагарники. Треба пам’ятати, що в різних народностей своя зміна пори року. Наприклад, якщо людина з іншої кліматичної зони, то в квітні може й не бути ще травички. Психологу необхідно чітко уявляти, як у місці проживання цієї людини змінюються пори року.

Важливо пам’ятати, що травматична подія може трапитися не влітку, а в будь-яку іншу пору року, і тоді необхідно подовжити цикл і починати його від моменту травми, а закінчувати обов’язково влітку (у травні чи липні), коли вегетативний цикл у повному розквіті.

Під час проведення методики може виникати спротив: образи уявляються штучні або не виникають узагалі. Цьому зарадити можна, запропонувавши у виниклому образі ситуації торкнутися землі під собою. Земля – це опора і тому природно сприймається як вихідна точка.

Іноді доцільно на останньому колі попросити клієнта уявити, який вигляд матиме це місце через 10 років (“Минуло 10 років, на місці цих подій встановлена меморіальна дошка, приходять люди і кладуть біля неї квіти ...”). А в особливих випадках, наприклад, коли треба змиритись із власною смертністю (смертельне захворювання, травма, яка веде до поступового вмирання), – через 300 років (“Уявіть, що минуло 300 років, тут уже немає ні вас, ані ваших дітей, ані ваших онуків... Який вигляд має це місце зараз?”).

У ході вправи у клієнта може змінюватись образ місця або виникати бажання змінити місце, тоді потрібно йти за клієнтом, оскільки в цьому новому місці може виявитися ресурс для опанування себе у стресовій ситуації.

Під час вправи постійно застосовуються прийоми емпатичного слухання (повторюємо останні слова клієнта, використовуємо підтвердження “так”, “угу”).

Вправа проводиться із заплющеними очима. Перед початком проводять вправу на релаксацію. Для військовослужбовців, у яких відбулась адаптація до бойових умов (які проявляють настороженість), обов'язково проговорюється, що відбуватиметься; під час релаксації їхню свідомість спрямовують на сприйняття опори під спиною, руками, ногами, формують відчуття захищеності й безпеки.

Орієнтовний текст психолога під час вправи: “Сядьте зручніше, обіпершись, відчуйте опору під собою, поставте зручніше ноги, відчуйте під ногами підлогу. Відчуйте через підлогу зв'язок із землею. Шию і голову тримайте так, аби вам було зручно і приємно уявляти образи, намагайтеся розслабитися, зняти напруження, яке накопичилося, так, наче вам хотілося б трішечки подрімати. Почніть розслаблення із м'язів плечей. Уявіть, що плечі стають важкими й теплими. Плечі важкі й теплі. Уявіть, як приємне тепло поширюється з плечей по всьому тілу. Тепло опускається від плечей у руки, розслабляється верхня частина рук, розслабляються лікті, зап'ястя, кисті рук, розслабляються долоні, кожний палець на руках. Руки розслабилися, провисли до самих кінчиків пальців. Зверніть увагу на своє дихання. Дихання вільне й рівне, вам добре і приємно дихається. Намагайтеся відчутти приємне тепло в грудях. Тепло в ділянці сонячного сплетіння, тепло в животі і уявіть, як тепло з живота опускається в ноги. Розслабляється верхня частина ніг, розслабляються коліна, розслабляються гомілки і стопи. Стопи стають важкими, теплими. Стопи важкі й теплі. Стопи важкі й теплі. Відчуйте п'яти, відчуйте пальці ніг, ноги розслабилися. Зверніть увагу на спину. Відчуйте, як розслабляється попереk. Відчуйте хребет. Розслабляються лопатки, розслабляється середина спини між лопатками. Розслабляються шия, потилиця, вся голова розслаблена. Розслаблене тім'я, розслаблені скроні, розслабляється лоб, обличчя. Відчуйте щоки, відчуйте вилиці й підборіддя. Нижня щелепа стає важкою, губи розслаблені, язик стає теплим, розслабляються ніс і очі. Повіки важчають, вії злипаються, очі розслаблені. Спробуйте уявити собі подвір'я, вулицю біля того місця, де ви дізналися про смерть вашої близької людини. Якими вони були в той момент? Що там є, що росте в тому місці? Спробуйте провести рукою по стовбуру дерева, яке там росте. Що ви відчуваєте? Яке воно? Як воно росте? Яке листя на деревах, яке воно на дотик? Які ви чуєте звуки? Уявіть, що минув якийсь час і настала осінь. Який вигляд матиме це місце восени? Що вам уявляється? Яка температура повітря? Які ви відчуваєте запахи, як пахне осінь? Які ви чуєте звуки?.. А тепер уявіть, що минув іще якийсь час і випав перший сніг. Який вигляд має це місце зараз? Що вам уявляється? Який сніг на дотик? Що ви відчуваєте, коли торкаєтеся до нього? Яка приблизно температура повітря? Що зараз?.. Які ви відчуваєте запахи? Які ви чуєте звуки?.. Уявіть собі,

що минув іще якийсь час і настала весна. Уявіть собі, що сніг тане і з'являються проталини, в які проступає земля... Чим пахне земля? Яка на дотик тала вода?.. Уявіть, що минув місяць і в цьому місці пробилася трава. Уявіть собі, що зараз кінець травня. Який вигляд матиме це місце наприкінці травня?.. Уявіть собі, що сплив іще якийсь час і настало літо. Який зараз вигляд у цього місця? Яка зараз погода? Яке листя на дотик на деревах зараз? Яка трава на землі? Що зараз?.. Можна попрощатися з образом чи вам хотілося б побути в образі? Що б вам хотілося зробити на прощання? Запам'ятайте все, що вам зараз уявляється, і коли будете готові, то попрощайтеся з образом. Коли будете готові, то сильніше потягніться, сильно-сильно потягніться, наче після сну, і розплющіть очі. Як ви почуваетесь? Порівняйте свій стан, коли ви спочатку згадували образ, і зараз”.

Цю вправу можна робити не тільки із втратою, але і в ситуації, коли треба перейти в позитивний настрій під час консультивання.

“Внутрішній сад”

На такому етапі горювання, як відновлення, доцільно використовувати техніку символдрами “Внутрішній сад”. Вона має досить багато спільного з технікою “Зміна пори року”, проте спрямована не на зниження негативних переживань, а на формування нової перспективи, актуалізацію сил для відновлення, відродження себе. Як і “Зміна пори року”, ця техніка також розпочинається з релаксації, після чого психолог може звернутися до її учасників таким чином.

“Уявіть собі, що у вас є земельна ділянка, де ви можете посадити сад. Які дерева і кущі ви хотіли б тут посадити? Де буде рости кожне дерево? Які квіти ви хотіли б посадити у вашому саду? Чи хотіли б ви посіяти траву? Уявіть, як ви копаєте лунки. Які у вас інструменти, яка лопата? На яку глибину ви копаєте? Яка тут земля? Як ви поливаєте? Звідки надходить вода? Що б вам хотілося зробити?”.

До мотиву “Внутрішній сад” можна повертатися на подальших сеансах: “Що ще можна зробити для свого саду? Як ростуть дерева, кущі? Що хотілося б іще посадити, упорядкувати або, навпаки, видалити, почистити? Які плоди дозрівають? Що і як з ними хочеться зробити? Кого б ви хотіли запросити у свій сад?”

Оскільки втрата призводить до фрустрації ціннісної сфери, то досить часто етап відновлення потребує поєднання частин особистості, яка втратила цільність унаслідок травми. Для цього доцільно використовувати таку техніку символдрами, як “Мости”.

Не слід використовувати вправу “Міст”, якщо вважаєте, що у військовослужбовців, які виконували завдання з оборони й охорони мостів, можуть виникнути негативні асоціації.

“Міст”

Уявіть собі який-небудь міст. Будь-який міст, який ви коли-небудь бачили або який малює вам ваша уява. Усе, що ви уявите, добре, ми можемо працювати з будь-яким образом.

Де розташований цей міст? Що його оточує, через що він перекинутий? Якої він довжини, ширини, з якого матеріалу?

Як ви відчуваєтеся, чого б вам хотілося? (Якщо клієнт захоче вийти на міст, то можна спитати його про те, що він при цьому відчуває, що бачить внизу, попереду, куди він іде, тобто він має описати свої відчуття в тому просторі, куди він перейшов.)

Мотив “Міст” символізує з’єднання чогось розщепленого. Він важливий не тільки в роботі з ПТСР, але і в роботі з шизоїдними пацієнтами та пацієнтами з межовими структурами особистості. Цей мотив символізує також стосунки між чоловіком і жінкою, тобто з’єднання чоловіка і жінки.

3. Тепер згадайте, чим закінчилася ця неприємна ситуація, як ви діяли, аби подолати свої неприємні переживання, пережити те, що сталося. Сформулюйте свій варіант вирішення ситуації і продиктуйте його своєму ведучому.

Усі варіанти записують ведучі трійок. Після цього тренер робить загальну для всіх учасників таблицю. Перед заповненням таблиці тренер пояснює, що всі способи подолання травматичної ситуації можна умовно віднести до однієї з шести груп (каналів), які відповідають наявному в людини потенціалу для подолання травми. У більшості людей є улюблені (звичні) способи, якими вони користуються в різних ситуаціях і в різний час. У когось краще розвинена одна сфера, у когось – інша. Після цього кожний ведучий трійок по черзі називає способи подолання травми, озвучені в його групі. Спільними зусиллями групи і тренера кожний зі способів відносять до тієї чи іншої групи (каналу) і записують на дошці в загальну таблицю: почуття, інтелект, дія, спілкування, гра уяви, віра. Наприклад, прийняв теплу ванну і заспокоївся – гедоністичні почуття; пішов рубати дрова і випустив пару – дія (тіло); усю ніч дивився улюблений серіал – почуття; подумав “Бог простить і я прощаю” – віра тощо.

Канал	Зазначені учасниками способи подолання травми
Почуття	
Інтелект	
Дії	
Спілкування	
Уява	
Віра	

Інформація для психолога про те, які конкретні способи належать до тих чи інших каналів.

Почуття

Усе, що викликає приємні, сентиментальні почуття, дозволяє заспокоїтися чи відреагувати енергією негативних переживань:

- слухання, розуміння і прийняття почуттів;
- емпатія до себе і до іншого;
- музика, драматичні ігри, спів пісень;
- мистецтво;
- розповіді з використанням почуттів;
- м’які іграшки, ляльки;
- домашні тварини;
- взаємодія з живою природою;
- м’яка ковдра;
- місце для усамітнення і заспокоєння;
- погладжування, поцілунки, обійми;
- підтримка з проявом почуттів і добрих слів;
- дозвіл виявляти почуття (страху, злості, розчарування, люті) зі сльозами, криком, сміхом, бурчанням тощо (дозволити собі та іншим).

Інтелект (розум, думки)

Усе те, що привело до розуміння того, що сталося і через що це сталося, чи допомогло структурувати ситуацію, чим знизило тривогу:

- інформативні розмови й пояснення;
- пізнавальні книги з поясненням фактів;
- перегляд інформаційних телепередач;
- складання списків справ, занять або речей;
- планування, підготовка до передбачуваних змін;
- складання таблиць, графіків, розкладів, що упорядковують наступні дії, програвання вирішення проблем у групі.

Дія (тіло)

Усе те, що пов'язано з відреагуванням на тілесному рівні, виконання дій, які сприяють релаксації:

- обійми, погладжування, приємні дотики, масаж, секс;
- їжа, питво, душ, прийняття ванни;
- ритміка, рух, зарядка, гра у м'яч;
- збирання бус, рвання паперу, робота з глиною, пластиліном, тістом;
- малювання пальцями, гра з піском, водою;
- відпочинок, сон;
- релаксаційні вправи.

Спілкування

Усе те, що пов'язано зі зверненням до оточення по допомогу чи емоційну підтримку, або надання допомоги іншим (більш слабким, залежним), аби відволіктися від власних проблем чи відчувати себе потрібним тощо:

1) родина – це найближче оточення, яке для людини є її первинним захистом і підтримкою; базою, трампліном для особистісного зростання; дає їй головні інструменти для подолання стресу;

2) знайомі, друзі, співробітники:

- розподіл і виконання доручень (наведення порядку);
- підтримка інших і допомога;
- отримання підтримки й допомоги від інших;
- малювання листівок для хворих, для дітей;
- організація групи з акцентом на належність до неї;
- виховання емпатії: розуміння інших, поступки, стриманість;
- книги та оповідання (із Біблії) про героїзм, взаємовиручку, підтримку слабких;
- організація спільних дій, ігор, заходів.

Гра уяви

Усе те, що пов'язано з переведенням ситуації у світ уяви й вирішення її в цьому уявному світі:

- придумування чарівного розвитку подій у ситуації, яка реально відбулася;
- спрямованість на майбутнє, фантазування, яким чином розвиватимуться події в майбутньому, мріяння;

- розслаблення (медитація) зі спрямованим фантазуванням, музикою, напруженням і розслабленням м'язів;
- спроба придумати додаткові способи вирішення проблеми;
- книги;
- відео, телебачення, творчість;
- гумор;
- психодраматичні розігрування, ігри “нібито”, переодягання в костюми, ляльковий театр, пальчикові ляльки.

Віра (система переконань і вірувань)

Усе те, що формує віру в себе, впевненість, що знижує переживання через упевненість у необхідності саме такого розвитку подій:

- пісні й розповіді зі щасливим кінцем, що додають сенсу існуючій реальності;
- оповідання (із Біблії);
- молитва;
- слова надії та оптимізму;
- концентрація на здібностях, внутрішній силі для подолання важкої ситуації;
- віра;
- філософська точка зору;
- фаталізм (що має відбутися, те й відбудеться).

Складання такої таблиці формує уявлення, що не тільки реакції на травматичну ситуацію в різних людей подібні, але і способи подолання її також мають спільні риси.

Крім того, дивлячись на таблицю, учасники мають усвідомити, що поряд із тими способами (каналами), які використовують вони, є й інші, не задіяні ними. Їх також можна спробувати використати в майбутньому. У ситуації колективної взаємодії учасники розуміють, що наведені на дошці способи є потенційно дієвими, адже вже комусь із тих, кого вони особисто знають, ці способи реально допомогли. Усвідомлення звичних для себе способів також дуже корисне, бо в ситуації, що травмує, можна відразу цілеспрямовано звертатися до способу, який раніше був для вас ефективним.

4. Поверніться до карти, яку ви вибрали на початку вправи для позначення ситуації. Погляньте на неї ще раз, спробуйте зробити це по-новому. Знайдіть у ній щось нове, те, на що ви не звернули увагу раніше, і що може стати ресурсом для подолання травматичної ситуації. Можливо, ви по-новому поглянете на ситуацію в цілому, і з цього нового погляду вона не здаватиметься вам настільки трагічною.

Під час обговорення зауважте про те, що навчатися долати стрес можливо тільки у груповій роботі. Саме група дозволяє зрозуміти неунікальність своєї проблеми і різноманітність варіантів її подолання. Зверніть увагу на унікальний потенціал, який дає робота з картами. Карта дозволяє поглянути на ситуацію з боку і помітити те, чого не видно, коли ти залучений у ситуацію.

Вийти із ситуації допомагають такі вправи: “Дисоціації”, вправа-метафора “Зум”.

Техніка дисоціювання “Чорно-біле фото”

Ця методика будується на уявленні НЛПістів про те, що інформація з короткочасної пам'яті в довгострокову переводиться вночі, тому важливо в день, коли сталася травматична подія, попрацювати зі сприйняттям цієї травматичної події, аби спогади про неї не мали руйнівного впливу на психіку людини в майбутньому.

Алгоритм дії зі зменшення негативного емоційного фону травматичних спогадів такий.

1. Пригадайте ситуацію (пам'ятаємо, що ми вчимося освоювати методики на неприємних, а не на травматичних ситуаціях).

2. Поспостерігайте. Побачити ситуацію з позиції її учасника – асоціативне спостереження ситуації, тобто пов'язане зі спостереженнями за власними реакціями на ситуацію. Питаємо військовослужбовця: “Як ви бачите ситуацію? Ви її бачите своїми очима, тобто коли ви не бачите себе, а бачите те, що вас оточує. Чи у своїх спогадах ви бачите себе зі сторони? Якщо так, то це дисоційоване сприйняття, а якщо ви не бачите себе, а бачите лише те, що вас оточує, – це асоційоване сприйняття ситуації. Нам потрібно добитися дисоційованого сприйняття ситуації, тобто вийти із ситуації”.

3. Дисоціюватися – вийти із ситуації, побачити себе зі сторони. Кажемо військовослужбовцеві: “Відступіть на один крок назад, ніби вийдіть із себе у сприйманій ситуації. Розгляньте зі сторони свою міміку, жести, дії. Поспостерігайте за тим, що відбувається, нібито зі сторони”.

4. Приберіть із ситуації, яку ви сприймаєте у своїй уяві, кольори.

5. Зупиніть рух, зробіть картинку, яку ви спостерігаєте у своїй уяві, плоскою. Приберіть 3D-ефект зі сприйняття ситуації.

6. Зробіть із ситуації, яку ви сприймаєте у своїй уяві, чорно-біле фото. Далі робимо це фото старим (тобто зменшуємо емоції за рахунок уявного спливання часу). Кладемо фотокартку в альбом до тих, що лежать під обгорткою, які не виставляють на показ.

“Зум”

Ви можете продовжити працювати з “фотографією”, використовуючи таку метафору, як “Зум” (функція об'єктива фотоапарата змінювати рамку картинки – віддаляти зображення, включаючи дедалі більше деталей). Ви вже ознайомились із вправою “Зміна пори року”. Ця метафора має подібний ефект. Час лікує: спочатку бачиш тільки подію, що травмує, але з часом вона відсувається і в картину включається все більше подій і питома вага травмувальної події знижується. Щоб яскравіше уявити цей сюжет, подивимося відеоролик.

Для стимуляції обговорення заняття можна використати запитання: що корисного ви отримали для себе на цьому занятті? Як змінювалися ваші переживання протягом заняття?

Наукове видання

Мацегора Яніна Володимирівна
Колесніченко Олександр Сергійович
Приходько Ігор Іванович
Горелишев Станіслав Анатолійович
Юр'єва Наталія Вікторівна
Байда Максим Степанович
Лиман Анастасія Андріївна
Куруч Олена Сергіївна

ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Монографія

Редактор *Я. М. Холоденко*

Коректор *О. І. Тіщенко*

Комп'ютерне макетування: *А. О. Теплової*

Формат паперу 60×84/16. Ум. друк. арк. 21,10. Тираж 30 прим. Зам. № 975.

Видавець і виготовлювач Національна академія Національної гвардії України

Свідоцтво про державну реєстрацію ДК № 4794 від 24.11.2014 р.

пл. Захистників України, 3, м. Харків, 61001