

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ  
НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

ПРОФІЛАКТИКА САМОГУБСТВ  
СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ  
НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

Посібник





# **НАЦІОНАЛЬНА ГВАРДІЯ УКРАЇНИ**

## **НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ**

### **ПРОФІЛАКТИКА САМОГУБСТВ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ**

Практичний посібник

**Харків  
2020**

УДК 159.923-057.36  
П84

## А в т о р с ь к и й к о л е к т и в :

*О. С. Колесніченко*, доктор психологічних наук, старший науковий співробітник; *Я. В. Мацегора*, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник; *І. І. Приходько*, доктор психологічних наук, професор; *С. О. Чижевський*.

*Рекомендовано вченою радою Національної академії Національної гвардії України (протокол № 11 від 07.12.2017 р.)*

**Профілактика** самогубств серед військовослужбовців  
П84 Національної гвардії України [Текст] : практ. посіб. / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько, С. О. Чижевський; за ред. проф. І. І. Приходька. – Харків : НАНГУ, 2020. – 116 с.  
ISBN 978-966-8671-59-3

Посібник розроблено на основі сучасних наукових праць та практичних розробок закордонних та вітчизняних вчених і практиків у галузі психології екстремальної діяльності та надання психологічної допомоги; результатів психологічних, соціальних та медичних досліджень проблеми суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України. Він містить інформацію, яка дозволяє прогнозувати, кваліфікувати та попереджати суїцидальну поведінку.

Призначений для практичної діяльності психологів Національної гвардії України, офіцерів органів по роботі з особовим складом та викладачів психологічного профілю закладів вищої освіти, курсантів, студентів та слухачів курсів підвищення кваліфікації психологічного профілю.

## Р е ц е н з е н т и :

*Н. В. Оніщенко*, доктор психологічних наук, професор, провідний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології науково-дослідного центру Національного університету цивільного захисту України;

*В. І. Пасічник*, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри оперативного мистецтва Національної академії Національної гвардії України.

**УДК 159.923-057.36**

ISBN 978-966-8671-59-3

© Національна академія Національної гвардії України, 2020

**З М І С Т**

Вступ .....	4
1. Основні поняття і сутність суїцидальної поведінки .....	6
2. Класифікація самогубств .....	8
3. Причини самогубств .....	11
4. Фактори суїцидального ризику .....	12
5. Етапи розвитку суїцидальної поведінки .....	16
6. Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України .....	19
7. Індикатори суїцидального ризику у військовослужбовців Національної гвардії України .....	22
8. Психологічна діагностика суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України .....	25
9. Сутність, основні напрями та види профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України .....	29
Перелік джерел посилання .....	33
Основна література .....	33
Додаток А. Фактори, які впливають на особистість і спонукають до самогубства .....	34
Додаток Б. Превентивна бесіда з особою, яка має ознаки пресуїцидальної поведінки .....	39
Додаток В. Проведення службового розслідування за фактом самогубства військовослужбовця Національної гвардії України .....	42
Додаток Г. Рекомендації командуванню підрозділів Національної гвардії України щодо профілактики конфліктів у військових колективах ..	55
Додаток Д. Тези лекцій з попередження суїцидальної поведінки у підрозділах і військових частинах Національної гвардії України .....	58
Додаток Е. Методики дослідження суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України .....	89
Додаток Ж. Поради членам родин військовослужбовців, які є учасниками бойових дій .....	111
Додаток И. Екстрена психологічна допомога при спробі самогубства ...	113

## ВСТУП

Суспільно-політична криза, що розділила наше суспільство, зруйнувала уявлення українців про миролюбні та партнерські стосунки з сусідніми країнами, змінила ставлення до військового обов'язку громадянина України, до цінності життя на територіях, де триває операція об'єднаних сил, істотно змінила базове відчуття особистої безпеки. Наступна економічна криза, втрата великою кількістю родин домівок, які внаслідок бойових дій стали вимушеними переселенцями у власній країні, призвела до глобалізації уявлень українців щодо фрустрації їх потреб. Суттєві економічні проблеми почали сприйматися як такі, що не дозволяють задовольнити більшість із важливих для гідного життя людини потреб.

Виконання офіцерами та військовослужбовцями військової служби за контрактом Національної гвардії України (НГУ) службово-бойових завдань (СБЗ) в екстремальних умовах, інтенсивність і тривалість дії на них бойових стрес-факторів, обмеженість часу на формування професійної психологічної готовності військовослужбовців за мобілізацією, спостереження загибелі і страждань товаришів та цивільних осіб, призвели до формування у значній кількості військовослужбовців ознак гострих стресових реакцій та посттравматичних стресових розладів.

Сумісна дія суспільно-політичних, матеріально-побутових факторів, підвищення екстремальності професійної діяльності і відрив від родин призвели до значного збільшення у 2014–2016 роках кількості військовослужбовців Національної гвардії України, які вчинили самогубство чи суїцидальні спроби.

Даний посібник розроблено з метою підвищення ефективності психопрофілактичної роботи щодо запобігання випадків загибелі та травмування військовослужбовців унаслідок самогубств. Він містить інформацію, яка дозволяє прогнозувати та кваліфікувати суїцидальну поведінку (класифікація та причини самогубств, фактори та індикатори суїцидального ризику). Психологу будуть корисні запропоновані у посібнику: психодіагностичний інструментарій для визначення ризику скоєння суїциду; схема бесіди з особою, яка має ознаки пресуїцидальної поведінки; рекомендації щодо екстреної психологічної допомоги у випадку спроби самогубства; тези лекцій з попередження суїцидальної поведінки в підрозділах і військових частинах НГУ; рекомендації командуванню підрозділів щодо профілактики конфліктів у військових колективах.

Матеріали посібника оформлені таким чином, що дозволяють їх використовувати як наочні посібники (плакати) для закріплення інформації у свідомості психологів (індикатори, фактори суїцидального ризику), як опорні конспекти лекцій та роздатковий матеріал (листи-рекомендації рідним військовослужбовців, які беруть участь в операції об'єднаних сил).

Наведений авторами порядок проведення службового розслідування за фактом самогубства військовослужбовця НГУ містить рекомендації, розроблені на основі аналізу матеріалів службових розслідувань самогубств, вчинених військовослужбовцями НГУ у 2014–2016 роках.

Інформацію, наведену в методичних рекомендаціях, необхідно

використовувати і поширювати психологам військових частин НГУ серед об'єктів і суб'єктів психопрофілактичної роботи з попередження суїцидів відповідно до її завдань і кваліфікації залучених до неї посадових осіб.

## **1. Основні поняття і сутність суїцидальної поведінки**

Випадки самогубства відомі людству з глибокої давнини, про них згадується в міфах та легендах світу, літературних пам'ятках більшості народів на усіх континентах. У наш час проводиться чимало наукових досліджень, ведеться статистичний аналіз, залучаються різноманітні служби, розробляються комплексні програми профілактичних заходів на державних та світовому рівнях. Проте ґрунтовне дослідження проблеми самогубств, безперечно, неможливе без з'ясування сутності відповідних понять і змісту суїцидальної поведінки як феномена.

Термін “суїцид” уперше ввів до наукового вжитку ще в 1642 році англійський лікар і філософ Томас Браун, утворивши його від латинського *sui* – себе та *caedere* – вбивати.

У подальшому вивчення природи суїцидальної поведінки (самогубств) і знаходження ефективних способів її попередження привернуло до себе увагу представників різних галузей наук. З часом, а саме в минулому столітті, ця проблема сприяла розвитку самостійної наукової дисципліни – суїцидології, що визначається як спеціальний мультидисциплінарний розділ науки, яка досліджує причини самогубств.

Визначальною відмінністю суїцидології полягає в тому, що вона є комплексною мультидисциплінарною наукою. Незважаючи на те, що становлення її відбулося лише в середині ХХ ст., сьогодні – це галузь теоретичних і практичних знань, яка загально визнана та інтенсивно розвивається, використовуючи досягнення багатьох наукових дисциплін (психіатрії, психології, соціології, юриспруденції та інших наук), а також має власний об'єкт і предмет дослідження, теоретичний, термінологічний і методичний апарати, свої чітко визначені концептуальні положення та принципи.

Ключові поняття і терміни сучасної суїцидології утворюють такий основний понятійний апарат: *суїцид (самогубство), суїцидальна поведінка, суїцидальні думки, суїцидальні задуми, суїцидальні наміри, суїцидальні спроби, парасуїцид, суїцидальний ризик, суїцидент* і деякі інші.

У змістовному розумінні суїцид (самогубство) означає усвідомлене навмисне позбавлення себе життя і з такого погляду є суто людським свідомим, поведінковим актом. На сьогодні в науковій літературі нараховується безліч різних визначень поняття “самогубство”. Ключовим вважається визначення, запропоноване в класичній праці французького соціолога Еміля Дюркгейма “Самогубство” (1897 р.): *“Самогубством називається кожний випадок смерті, який безпосередньо або опосередковано є наслідком позитивного або негативного вчинку, скоєного самим потерпілим, якщо цей останній знав про очікувані результати”*. Більш просте й чітке визначення запропоновано сучасним суїцидологом Марвіном Фарбером: *“Самогубство – це свідоме, навмисне і швидке позбавлення себе життя”*. Кожен із цих критеріїв (наявність усвідомлюваного наміру й конкретних дій (бездіяльності), що безпосередньо призводять до смерті) є важливим, оскільки суттєво обмежує види саморуйнівної поведінки і становить диференційну ознаку відмінності цього феномена від подібних йому явищ (загибель через наркоманію, алкоголізм,

психічні захворювання, неусвідомлення власних дій або їх наслідків, необачність, нещасні випадки, невиправданий ризик тощо).

*Суїцидальна поведінка*, на відміну від суїциду (самогубства), поняття більш широке, що включає в себе будь-які внутрішні чи зовнішні форми психічних актів, які визначаються та спрямовуються уявленнями про позбавлення себе життя. До внутрішніх форм належать: антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, суїцидальні задуми, суїцидальні наміри; до зовнішніх – суїцидальні прояви, суїцидальні спроби, парасуїциди та завершені суїциди.

Зазначені форми внутрішньої поведінки, з одного боку, відображають відмінність у структурі суїцидальних феноменів, а з іншого – є етапами формування суїциду, до якого належать:

– *антивітальні переживання* – заперечення життя без чітких уявлень про власну смерть;

– *пасивні суїцидальні думки* – характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, проте, без конкретизації щодо позбавлення себе життя;

– *суїцидальні задуми* – активізація прояву суїцидальності (тенденції до самогубства), яка супроводжується афективною напруженістю; розроблення планів реалізації суїциду; обмірковування способів, часу й місця, що свідчить про серйозність намірів і ризик здійснення завершеного суїциду;

– *суїцидальні наміри* – відрізняються прийняттям рішення про самогубство, що передбачає приєднання вольового компонента, який спричинює перехід внутрішньої поведінки в зовнішню та безпосереднє здійснення задуму.

*Суїцидальні прояви* як зовнішні форми поведінки представлені відповідними висловлюваннями, натяками, деякими вчинками (нехарактерні усамітнення чи ейфоричність, неадекватність подарунків), що не супроводжуються певними діями, спрямованими на позбавлення себе життя.

До *суїцидальних спроб* належать усі суїцидальні акти, які не завершилися смертю з причини, що не залежить від суїцидента (наприклад, втручання інших осіб, обрив мотузки, своєчасно проведені реанімаційні заходи та ін.). На відміну від справжніх спроб, також виокремлюють удавані, демонстративні, спрямовані на досягнення певного соціального ефекту, а не на самознищення, до яких застосовують поняття “парасуїциди”. Завершений суїцид означає, що відповідні дії призвели до загибелі суб’єкта.

Поняття “суїцидальний ризик” означає схильність людини до вчинення дій, спрямованих на власне знищення; потенційну готовність учинити самогубство.

Термін “суїцидент” застосовують до людини, яка вчинила самогубство чи здійснила спробу самогубства.

Таким чином, сучасна суїцидологія має свій теоретичний і термінологічний апарати, які передбачають медико-психологічний аналіз проблеми суїцидів на індивідуальному та соціальному рівнях. Однак проблема суїцидів як у світовій, так і вітчизняній практиці, на жаль, ще далека від свого вирішення, вона вимагає постійної систематизації та узагальнення даних з



урахуванням конкретних соціально-економічних, регіональних, культурно-історичних і медико-психологічних умов.

## 2. Класифікація самогубств

Складність феномена самогубства, безліч його різновидів, а також різноманітність концепцій, що пояснюють суїцид, визначають і множинність його класифікацій відповідно до різних підстав (причини, стадії, мотиви тощо).

У сучасній суїцидології залежно від *способу вчинення* розрізняють такі види самогубств:

- самоповішання;
- самоудавлення;
- самоутоплення;
- самоотруєння;
- самоспалення;
- самогубство за допомогою колючих та ріжучих предметів;
- самогубство за допомогою вогнепальної зброї;
- самогубство за допомогою електричного струму;
- самогубство за допомогою використання рухомого транспорту або рухомих частин механізмів;
- самогубство під час падіння з висоти;
- самогубство за допомогою припинення прийому їжі;
- самогубство переохолодженням і деякі інші.

*За кількісними показниками* виділяють індивідуальні та масові самогубства.

Найпоширенішою є класифікація суїцидів *за характером учинення* [1; 2], що включає в себе такі типи.

*Істинний (реальний, раціональний) суїцид*, метою якого є позбавлення себе життя внаслідок втрати перспектив (людина насправді не хоче жити і прагне смерті). Істинний суїцид не буває спонтанним, хоча іноді й виглядає несподіваним. Такому суїциду завжди передують знижений настрій, депресивний стан або думки про смерть. Оточення, навіть найближчі люди, нерідко не помічають такого стану людини. Своєрідним тестом на готовність до істинного суїциду є наявність роздумів людини про сенс життя.

*Демонстративний (шантажний) суїцид* – самогубство як певна гра, коли людина переконана в тому, що її врятують. Мотив такого самогубства полягає не в позбавленні себе життя, а в демонстрації цього наміру. Мета ж демонстрації може бути різною: привертання до себе уваги, отримання певної вигоди у вирішенні конфлікту чи якогось аргументу в суперечці з оточенням, психологічний тиск на родичів. Смертельні наслідки в цьому разі спричиняють фатальні випадковості.

*Афективний суїцид* – суїцидальні дії, що зумовлені імпульсивною надзвичайно сильною емоційною реакцією і виникають внаслідок раптової гострої психотравмуючої події або під впливом акумуляції хронічних психотравм, отриманих упродовж тривалого часу. Такі суїциди

характеризуються “згорнутістю” та інтенсивністю динаміки на тлі “звуженої” свідомості (сприйняття ситуації вибірково фрагментарне, уривчасте), стрімким зростанням емоційної напруженості, вкрай емоційно насиченими негативними переживаннями гніву, образи, враженої гідності, честі тощо. Від демонстративної поведінки такі дії відрізняються відсутністю шантажу та здійснюються з метою позбавлення себе життя, а від істинного суїциду – відсутністю усвідомлення причин й умов самогубства, потужною спонукальною силою поведінкових актів, готовністю покінчити з життям навіть у присутності сторонніх, долаючи їх спроби перешкодити суїциду.

*Прихований суїцид* (непряме самогубство) – вид суїцидальної поведінки, що фактично не відповідає її ознакам, однак, має аналогічну спрямованість і супроводжується високою ймовірністю летального наслідку. Здебільшого ця поведінка більше спрямована на ризик та на гру зі смертю ніж на позбавлення себе життя (ризикована їзда на автомобілі, заняття екстремальними видами спорту, професія небезпечного профілю, добровільні поїздки до гарячих точок і навіть алкогольна чи наркотична залежність).

Відомий соціолог Е. Дюркгейм виділив чотири різних типи самогубств залежно від *особливостей контактів із соціальним середовищем*.

1. *“Аномічне” самогубство*. Аномія (від фр. *anomie* – відсутність закону, організації) – морально-психологічний стан індивідуальної та суспільної свідомості, що характеризується руйнуванням системи цінностей, обумовленим кризою суспільства, суперечністю між проголошеними цілями і неможливістю їх реалізації для більшості.

2. *“Альтруїстичне” самогубство*. Вчинюють заради блага інших людей, суспільства (щоб не обтяжувати близьких, не ганьбити їх через скоєний злочин або порушення моралі). До цього ж типу суїциду належать акти самопожертви, що здійснюються через певні релігійні або політичні ідеї, а також деякі приклади суїциду в умовах воєнних дій.

3. *“Егоїстичне” самогубство*. Пов’язане з будь-яким конфліктом, неприпустимістю соціальних вимог, певних норм поведінки, що не відповідають особистим інтересам. Самогубство у цьому разі є формою уникання несприятливої соціальної ситуації.

4. *“Фаталістичне” самогубство*. Вчинюють люди, які через особистісні особливості на певному етапі життя не бачать подальших шляхів свого розвитку і сприймають суїцид як природне завершення свого життя.

Дещо пізніше до цієї класифікації Е. Дюркгейм додав інші типи самогубств.

5. *“Афективне” самогубство*. Супроводжується дезорганізацією та звуженням свідомості. До нього схильні імпульсивні люди з недостатністю самоконтролю, які в кризовий момент залишилися на самоті.

6. *“Імунологічне” самогубство*. Властиве дітям, які переживають проблеми батьків (розлучення, хвороби, втрата роботи). Дитина розуміє, що може бути зайвою, зашкодити щастю матері (батька), і, вважаючи, що її “відсутність” може зарадити ситуації, робить спробу самогубства. Деякі автори

відносять імунологічне самогубство до дитячого варіанта альтруїстичного самогубства.

Існує також класифікація за метою суїциду і мотивом діяльності.

*Протест, помста.* Протестні форми суїцидальної поведінки виникають у ситуації конфлікту, коли має місце ворожість або агресивність щодо суб'єкта, а сенс суїциду полягає у зворотному негативному впливі. Помста – це крайня форма протесту, завдання конкретного збитку ворожому оточенню. Ці форми поведінки припускають наявність високої самооцінки та самоцінності, активну або агресивну позицію особистості з функціонуванням механізму трансформації гетероагресії в аутоагресію.

*Заклик.* Сенс суїцидальної поведінки такого типу полягає в активації допомоги ззовні з метою зміни ситуації, при цьому позиція особистості менш активна.

*Уникнення* (покарання, страждання). Конфлікт полягає в загрозі особистісному чи біологічному існуванню, якій протистоїть висока самоцінність. Сутність суїциду полягає в уникненні нестерпної особистої загрози шляхом самоусунення.

*Самопокарання.* Його можна визначити як внутрішньоособистісний протест. Сенс суїцидів самопокарання має дещо різні відтінки у випадках “знищення в собі ворога” (“суїцид за рішенням судді”, “рішення зверху”) і “спокутування вини” (“суїцид підсудного”, “ініціатива знизу”).

*Відмова.* Якщо в попередніх чотирьох типах мета суїциду і мотив діяльності не збігаються, що дає підставу кваліфікувати суїцидальну поведінку як дію, то у випадках суїциду “відмови” виявити помітну розбіжність мети й мотиву неможливо. Іншими словами, мотивом є відмова від існування, а метою – позбавлення себе життя.

Убачається перспективною класифікація суїцидальної поведінки через *аналіз суїцидальної спроби*, запропонована В. Тихоненком. Зважаючи на ступінь бажаності смерті, автор доповнив теорію суїцидальної спроби кількома пов'язаними видами поведінки, серед яких:

- *демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка*, що має за мету демонстрацію наміру померти;
- *самоушкодження або членушкодження*, які взагалі не передбачають смерті та обмежуються лише пошкодженням того чи іншого органу;
- *відповідна поведінка як наслідок нещасного випадку*.

Таким чином, діагностика суїцидальної поведінки повинна ґрунтуватися на чітко визначених підставах її класифікації, характеру та мотиваційної спрямованості, точному оцінюванні ступеня вираженості.

### 3. Причини самогубств

Причини самогубства – все те, що його викликає й обумовлює. Зазначимо, що крім головної причини суїциду існують також і другорядні (хвороба, сімейно-побутові труднощі та ін.), які в сукупності утворюють певний системний комплекс. До того ж ті самі причини за неоднакових умов призводять до різних наслідків.

Від причини важливо відрізнити умову та привід. Під *умовою* розуміють такий комплекс явищ, який, хоча й не породжує конкретних наслідків, проте, виступає необхідною передумовою їх становлення та розвитку. *Приводом* для здійснення суїциду може бути будь-яка зовні малозначна подія.

Причини самогубства, як і будь-яких інших вчинків, можуть бути різними, їх достатньо багато. Насамперед, самогубства пов'язують із втратою сенсу життя [8].

Результати детального аналізу наукової літератури свідчать про те, що абсолютна більшість психологів вважає головною умовою суїцидальних дій соціально-психологічну дезадаптацію особистості за наявності мікросоціального конфлікту. Соціально-психологічна дезадаптація як невідповідність організму й середовища може бути різного ступеня та виявлятися в різних особистих формах. Наприклад, А. Амбрумова розрізняє лімітуючу (непатологічну) і трансформуючу (патологічну) дезадаптації. Кожна з цих форм може бути парціальною (частковою) і тотальною (загальною).

Серед інших **значущих причин самогубств** науковці називають такі:

- негаразди в особистому житті;
- нещасливе кохання;
- тотальні невдачі у спілкуванні з протилежною статтю;
- нерозуміння оточуючими, самотність;
- проблеми на роботі;
- несправедливість стосовно себе;
- цілеспрямоване цькування, зокрема доведення до самогубства;
- фізичні знущання (згвалтування, побої);
- фінансові проблеми;
- втрата інтересу до життя, втома від життя;
- проблеми зі здоров'ям;
- самогубство заради збереження честі (харакірі або сеппуку);
- бажання почати життя заново (для віруючих у реінкарнацію);
- нереалізованість у житті (творча, професійна); відчуття щастя, яке самогубець вважає недосяжним у майбутньому;
- психічні розлади;
- прийом психоактивних речовин;
- релігійний фанатизм (зазвичай поширений у тоталітарних сектах), ритуальне самогубство;
- ідеологічне (політичне), неприйняття цінностей соціуму взагалі;
- військові (самогубство з метою завдання шкоди супротивнику і/або уникнення полону);

- вимушене самогубство (після вироку суду, під загрозою болісної смерті або розправи з близькими родичами);
- смерть когось із рідних чи друзів;
- наслідувальне самогубство (після смертей відомих особистостей або за аналогією літературних персонажів).

Залежно від почуттів, що спричиняють суїцидальні дії, виділяють **чотири головні причини самогубства**:

- 1) ізоляція (почуття, що ніхто не розуміє, нікому не цікавий);
- 2) безпорадність (неможливість контролювати життя; відчуття, що нічого від тебе не залежить);
- 3) безнадія (коли майбутнє не провіщає нічого доброго);
- 4) почуття власної незначущості (вражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором).

Однією з найважливіших причин суїциду є *депресія*. У стані депресії самогубство сприймається як порятунок від розпачу, безнадії, болісної незадоволеності собою, болю (особливо постійного), невиліковного або ізолюючого від суспільства захворювання (злоякісні пухлини, СНІД), безрадісної старості, похмурого та безнадійного майбутнього. Самогубство також може бути спричинено *розладом мислення* при психозі (хворі на шизофренію чують голоси, що наказують їм померти або стверджують, що вони негідні жити). Під впливом *токсичних або наркотичних речовин* хворий може вистрибнути з вікна, будучи впевненим у своїй здатності ходити по повітрю або літати.

На визначальній ролі соціальних чинників у вчиненні самогубств акцентував увагу Е. Дюркгейм: у різних соціальних умовах по-різному представлений ризик розвитку суїцидальної поведінки. *Збільшення кількості самогубств відображає неблагополуччя суспільства*.

Важливо зазначити, що безпосередні причини, які штовхають людину на відмову від життя, зазвичай тісно пов'язані з її найближчим оточенням (сім'єю, близькими, друзями). Проте варто пам'ятати, що головною ланкою у вирішенні цього питання є сама людина, тільки від неї залежить, чи здатися під впливом тривалих травмуючих обставин, чи знайти сили та можливість їх подолати.

Таким чином, з'ясування справжніх причин самогубства, точність їх визначення, а також урахування множинності аспектів й умов, що призводять до прояву деструктивних форм поведінки, становлять першочергове завдання системи профілактичної роботи відповідних служб, покликаних запобігати таким негативним наслідкам, і потребують подальшого ретельного вивчення.

#### 4. Фактори суїцидального ризику

Змістовний аналіз наукової літератури показав, що певною мірою всі відомі фактори суїцидального ризику можна поділити на соціально-демографічні, індивідуально-психологічні, медичні, природні [3, с. 372–424]. Коротко схарактеризуємо їх.

### **Соціально-демографічні фактори.**

Суїцидальні акти трапляються практично в будь-якій віковій групі. Найчастіше суїциди вчиняє молодь від 16 до 25 років, що пов'язано з високими вимогами до адаптаційних механізмів особистості саме в цьому віці. Другий пік суїцидальної активності припадає на 35–40 років. Для цього віку характерні зміна ієрархії цінностей та наявність проблем у професійній кар'єрі, що часто поєднуються з депресією. Для третього піку, що припадає на 45–50 років, характерні депресивні стани, зумовлені погіршенням соматичного здоров'я, гормональною перебудовою, побоюванням власної непривабливості та неповноцінності, можливими зрадами подружжя чи розлученням. Четвертий пік суїцидального ризику припадає на людей старшого віку (більше 60 років). Домінуючими причинами суїциду в цей період є страх самотності, почуття безпорадності перед старістю, гостре переживання смерті близької людини.

*Стать.* Жінки частіше здійснюють спроби самогубства, обираючи при цьому менш болісні та хворобливі способи ніж чоловіки. Однак у чоловіків суїцид частіше має завершений характер (співвідношення суїцидальних спроб у жінок і чоловіків становить 2-3 : 1).

*Освіта і професія.* Найчастіше суїциди вчиняють безробітні, а також особи з вищою освітою та високим професійним статусом. Найбільший суїцидальний ризик виявлений у лікарів, музикантів, юристів (у тому числі працівників правоохоронних органів). Рівень парасуїцидів вищий серед осіб із середньою освітою та невисоким соціальним статусом.

*Місце проживання.* Зазвичай, кількість самогубств серед міських жителів помітно вища ніж у сільській місцевості. Виявлено пряму пропорційну залежність між густиною населення і частотою самогубств.

*Сімейний стан та особливості внутрішньосімейних стосунків* значно впливають на суїцидальний ризик. Міцні сімейні та соціальні зв'язки знижують імовірність суїциду. Одружені рідше скоюють самогубства ніж неодружені, вдови та розлучені. Вищий рівень суїцидального ризику відмічається у бездітних, а також у тих, хто живе окремо від родичів. Наявність дітей, передусім для жінок, а також вагітність є сильними факторами зниження ризику. Ризик учинення самогубства зростає в осіб, які виховувалися в сім'ях із несприятливим соціально-психологічним кліматом, зокрема це стосується дисгармонійних, ультимативних, консервативних, ізольованих сімей.

*Соціально-економічні фактори.* Релігійні переконання і, передусім, участь у релігійній діяльності часто знижують імовірність здійснення акту самогубства. Також статистично підтверджено, що в періоди воєн і революцій кількість самогубств значно зменшується, а під час економічних криз збільшується. Привертає увагу й той факт, що частота самогубств прямо пропорційна ступеню економічного розвитку країни. Водночас зазначається, що самогубства вчиняють як бідні, так і багаті, при цьому останні більш гостро реагують на фінансові втрати, пов'язані з кризою [7].

### **Індивідуально-психологічні фактори.**

Логічно передбачити, що особистісні та характерологічні особливості часто відіграють провідну роль у формуванні суїцидальної поведінки. Проте

пошуки зв'язків між окремими рисами особистості та готовністю до суїцидального реагування, як і спроби створення однозначного психологічного портрету суїцидента, не дали результатів. Вирішальними щодо підвищення суїцидального ризику, ймовірно, є не конкретні характеристики особистості, а ступінь цілісності структури особистості, збалансованості її окремих рис, а також зміст морально-етичних установок і уявлень. Доведено, що підвищений ризик самогубства характерний для дисгармонійних особистостей.

Виявлено певні *прогностичні психолого-психіатричні чинники суїцидальної поведінки*, до яких належать такі [5]:

- підвищена напруженість потреб, прагнення емоційної близькості, низька здатність до формування психологічних захисних механізмів, невміння послабити фрустрацію;
- імпульсивність, експлозивність (вибуховість) та емоційна нестійкість, підвищена сугестивність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду;
- почуття провини та низька самооцінка;
- гіпореактивний емоційний фон у період конфліктів, ускладнення зміни ціннісних орієнтацій.

Психологи виділяють також низку *особистісних стилів суїцидентів*:

- імпульсивний (раптове прийняття драматичних рішень);
- компульсивний (установка в усьому досягати досконалості та успіху часто буває надміру ригідна і при співвіднесенні цілей та бажань з реальною життєвою ситуацією може призвести до суїциду);
- ризикуючий (балансування на межі небезпеки (“гра зі смертю”) приваблює і викликає приємне збудження);
- регресивний (зниження через різні причини ефективності механізмів психологічної адаптації; емоційна сфера характеризується недостатньою зрілістю, інфантильністю або примітивністю);
- залежний (безпорадність, безнадійність, пасивність, постійний пошук і необхідність сторонньої підтримки);
- амбівалентний (наявність одночасного впливу двох спонукань: до життя і смерті);
- утікаючий (втеча від кризової ситуації шляхом самогубства, прагнення уникнути психотравмуючої ситуації);
- заперечливий (перевага магічного мислення, завдяки чому заперечуються незворотні наслідки самогубства, заперечення знижує контроль над вольовими спонуканнями, що збільшує ризик);
- гнівний (складність виразити гнів стосовно значимих осіб, що викликає незадоволеність собою);
- звинувачуючий (переконаність у тому, що в проблемах, які виникають, неодмінно є чиясь або власна провина);
- байдужий (зниження рівня емоційних переживань);
- занедбаний (переживання порожнечі, смутку або глибокої скорботи);
- творчий (сприйняття самогубства як нового і привабливого способу виходу зі складної ситуації).

Заслуговує на увагу і такий перспективний підхід, як спроба узагальнити *психологічний портрет суїцидента*, для якого характерні:

- спрямованість і характер діяльності, що ґрунтуються на загальнолюдських соціально схвалюваних цінностях;
- низький рівень самооцінки та висока потреба в самореалізації;
- невпевненість;
- відчуття власної малоцінності та слабкості;
- симбіотичність;
- висока значимість теплих емоційних зв'язків, щирості взаєностосунків;
- емпатійність зі зниженою здатністю терпіти біль;
- розуміння і підтримка з боку оточення;
- висока значимість праці та професійного статусу;
- сенситивність;
- складність вольових зусиль і тенденція уникати вирішення проблем;
- втрата активності;
- зниження рівня оптимізму в ситуаціях ускладнення, фрустрації, стресу;
- тенденція до самозвинувачення і схильність до звуженого (дихотомічного) мислення;
- несамотійність, залежність;
- ускладнений модус прийняття рішення;
- аутоагресія як постійна форма прояву особистісних тенденцій та установок;
- високий рівень тривожності;
- песимізм, світосприйняття сповнене безнадії, зневіра у краще майбутнє;
- схильність в усьому вбачати найгірше.

Жодна із зазначених ознак сама по собі (і навіть у певній сукупності) не є абсолютним доказом суїцидальної поведінки. Разом з тим такі сигнали слід вважати найбільш загрозливими та небезпечними, коли вони повторюються, а це відповідно вимагає їх ретельної перевірки та аналізу з урахуванням контексту та особливостей наявної ситуації.

### **Медичні фактори.**

*Психічне здоров'я.* У теорії та науковій практиці суїциденти представлені такими діагностичними категоріями: психічно здорові; особи з граничними психічними розладами; психічно хворі.

Психічна патологія може виявлятися в депресії, алкоголізмі, залежності від інших психоактивних речовин, шизофренії, розладі особистості.

У психічно хворих виділяють такі варіанти суїцидальної поведінки:

- ситуаційний (психогенний), коли суїцидальні тенденції виникають внаслідок взаємодії психогенних та особистісних факторів, а психічне захворювання виступає в ролі патопластичного фактора;
- психотичний (психопатологічний), коли суїцидальні прояви обумовлені психопатологічними проявами хвороби і реакцією на них пацієнта; ситуаційні фактори мають другорядний характер і виконують роль каталізатора;
- змішаний, коли і ситуаційний, і психопатологічний механізми рівною мірою формують аутоагресивну поведінку.



*Соматичне здоров'я.* Визначальною ознакою його є наявність важкого хронічного прогресуючого захворювання:

- онкологічні та захворювання органів кровотворення;
- серцево-судинні;
- захворювання органів дихання (астма, туберкульоз);
- вроджені та набуті каліцтва;
- втрата фізіологічних функцій (здатності рухатися, зору, слуху, статевої функції, безпліддя);
- ВІЛ-інфекція;
- стани після важких операцій;
- стани після трансплантації донорських органів і тканин.

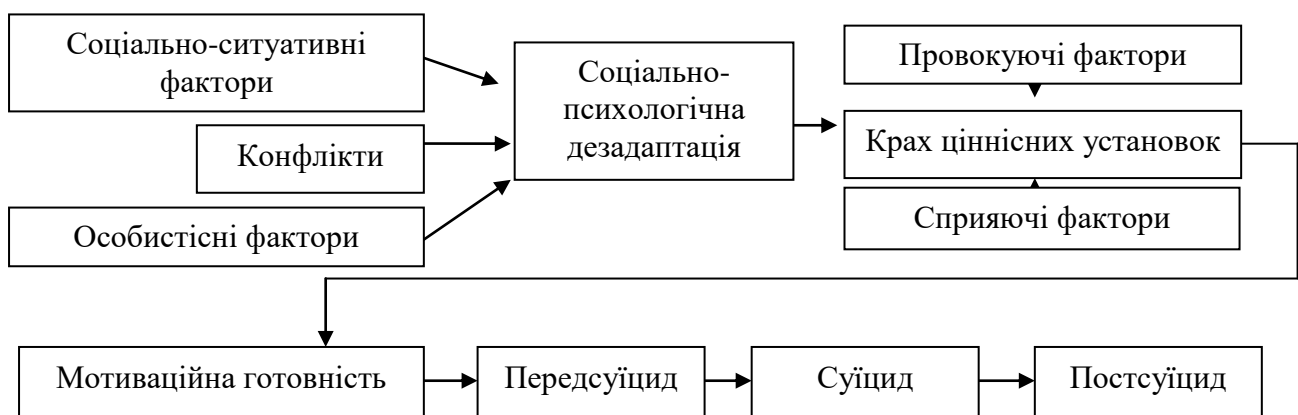
### **Природні фактори.**

У багатьох дослідженнях акцентується увага на збільшенні частоти самогубств навесні. Були спроби встановити залежність частоти самогубств від дня тижня (частіше в понеділок, з поступовим зниженням до кінця тижня) і від часу доби (частіше ввечері, на початку ночі та рано вранці), але ці результати достатньо суперечливі. Автори, які вивчали залежність між географічною широтою, фазою місяця, зміною інтенсивності земного магнетизму, кількістю плям на Сонці та частотою суїцидальних актів, не виявили впливу таких факторів на суїцидальну поведінку.

Отже, сукупність наведених факторів (соціально-демографічних, індивідуально-психологічних, медичних і природних) є основою для розуміння суїцидальної поведінки, і кожен із них має бути врахованим. Особливо пильно слід ставитися до прояву негативних факторів та їх поєднання, оскільки вони обумовлюють деструктивні тенденції й підвищують імовірність учинення самогубства.

## **5. Етапи розвитку суїцидальної поведінки**

У результаті проведених досліджень визначено, що суїцидальна поведінка, наскільки б швидко вона не посилювалась, завжди має постійні компоненти своєї динаміки. Схему, що ілюструє механізм розвитку суїцидальної поведінки, запропоновану Е. Дюркгеймом, наведено на рисунку.



Механізм розвитку суїцидальної поведінки (за Е. Дюркгеймом)

Самогубству передуює пресуїцид. Він включає дві фази: переддиспозиційну і власне суїцидальну.

**Переддиспозиційна фаза** характеризується виключно високою активністю, пошуком шляхів виходу з критичної ситуації. Ця фаза також має свою внутрішню динаміку.

Спочатку зусилля та увага людини тривалий час сконцентровані на вирішенні ситуації, що склалася. Однак будь-які заходи не дають бажаного результату, що призводить до зниження самооцінки, з'являється відчуття безсилля, зростає емоційна напруженість, що може виявлятися в різких коливаннях настрою (спалахи агресії стосовно себе чи оточення чергуються зі станом емоційної пригніченості, пошуком співчуття та порозуміння). Починають виникати думки про відсутність реальних, прийнятних можливостей для вирішення актуальної ситуації, труднощі суб'єктивно сприймаються як нездоланні.

На такому фоні виникає звуження свідомості (так зване “тунельне бачення проблеми”), увага концентрується лише на негативних аспектах ситуації. Унаслідок цього людина нездатна об'єктивно сприймати існуючий перебіг подій, побачити реальні шляхи вирішення наявної проблеми.

Довготривалі, але невдалі спроби реально вирішити або змінити психотравмуючу ситуацію призводять до стану емоційного пригнічення, фізичного та психічного виснаження, усі ресурси вичерпуються. Психологічна, емоційна напруженість обтяжується зростанням тривоги щодо можливого негативного розвитку подій. Сприйняття перспектив має песимістичне забарвлення, наприклад, “Нічого позитивного в житті вже не може відбутися”. Загострюється відчуття безпорадності перед труднощами, “опускаються руки”.

Перебіг часу здається зміненим, відбувається його болісне уповільнення, у людини виникає відчуття того, що страждання ніколи не закінчатся. Виникає чітке усвідомлення нестерпності ситуації, з'являються думки на кшталт: “Я більше не можу (не буду) цього терпіти”, “Не хочу цього чути та бачити”.

**Суїцидальна фаза пресуїциду** починається після подальшого поглиблення дезадаптації суїцидента, якщо до цього він не знайшов варіанти виходу з кризи і не отримав належної допомоги та підтримки. Ця фаза характеризується тим, що в людини виникають суїцидальні думки, а пізніше – й обдумування способу суїциду.

З'являється відчуття внутрішньої порожнечі та безглуздості існування (наприклад, “Жити не варто”, “Втомився(-лася) від такого життя”). Починають виникати *недиференційовані думки* про смерть, людина розмірковує про відсутність цінності життя. При цьому виразних уявлень про власну смерть немає, але існує чітке заперечення сенсу життя. З'являються нестійкі (спочатку достатньо дифузні) суїцидальні думки (наприклад, “Хочу втекти туди, де мене всі залишать у спокої”, “Хочу заснути та не прокинутися”).

Згодом починають формуватися *пасивні суїцидальні думки*, які відображають внутрішню готовність людини до суїциду. Цей етап характеризується фантазуванням на тему своєї можливої смерті, однак, не на тему позбавлення себе життя. Виникають уявлення з приводу того “Як буде

добре, коли мене не буде”, “Добре було б померти”. Згодом з’являються стійкі суїцидальні думки на кшталт “Я з собою зроблю що-небудь”, “Хочу вмерти, щоб цього не бачити”.

*Характерні особливості поведінки людини у переддиспозиційний період.* На початку періоду в людини виникає гостра потреба до встановлення неформального контакту, теплих дружніх взаємин, потреба у співчутті, емоційній підтримці (пошук опори), бажання поділитися своїми переживаннями. Тому, зазвичай, спочатку вона виявляє активність у пошуках допомоги серед близького оточення (у сім’ї, друзів, колективі тощо). Згодом зовнішні прояви активності у встановленні контактів помітно знижуються, хоча потреба допомоги залишається високою. Суб’єктивно власне життя сприймається людиною ретроспективно, спостерігається певна відстороненість щодо подій, які відбуваються. Інколи все попереднє життя сприймається як нескінченна низка провалів і невдач.

Слід зазначити, що суїцидальна фаза пресуїциду триває до замаху на своє життя. Сам суїцид теж динамічний процес, що складається з трьох етапів.

**I. Етап суїцидальних тенденцій.** Такі тенденції є прямими або непрямими ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, втрату його сенсу або небажання жити. Вони виявляються в думках, намірах, почуттях або погрозах.

Поступово пасивні суїцидальні думки набувають руйнівного спрямування, що призводить до пошуку конкретних шляхів їх реалізації. З’являються *суїцидальні задуми*: відбувається розроблення плану самогубства, вибираються місце й час дії, детально обмірковуються шляхи, спосіб здійснення суїциду, вишукуються способи впливу на оточення (написання передсмертної записки, відправлення СМС-повідомлень, листів, телефонні дзвінки значущим особам тощо).

Потім відбувається формування *суїцидальних намірів* (прийняття рішення про самогубство, безпосереднє самоспонування до суїцидальних дій). Небезпечність суїцидальних тенденцій полягає в тому, що вони можуть призвести до завершеного суїциду.

**II. Етап суїцидальних дій** починається, коли тенденції переходять у конкретні вчинки, наслідком чого є самогубство чи спроба його скоєння (як результат уявлень людини про неможливість існування в наявній ситуації). Фактично йдеться про *підготовку до суїциду*. Намір покінчити із собою розвивається протягом тривалого часу (від декількох днів до декількох років). Суїцидент довго аналізує причини й можливі наслідки самогубства, розглядає різні способи та оцінює їх ефективність, планує найбільш надійний сценарій. Зазвичай прийняттю рішення про здійснення самогубства сприяє ще якась додаткова психотравма або інколи навіть незначна подія (поштовх), яка ще більше переконує людину у трагічності її існування, неминучості особистої катастрофи. Ситуація доходить до краю терпіння, наступні події часто відбуваються за принципом “останньої краплі”.

Безпосередньо перед актом самогубства в суїцидента може виявитися так звана *термінальна поведінка* – людина впорядковує справи: складає заповіт,

віддає борги, просить вибачення, робить прощальні подарунки друзям, закриває рахунок у банку, проводить у квартирі генеральне прибирання тощо.

*Характерними особливостями поведінки людини в суїцидальному періоді є замкнутість, намагання побути на самоті або повна відчуженість, ізоляція, втрата зацікавленості до навколишнього світу, неадекватні дії та висловлювання. Також мають місце й інші форми поведінки, такі як обачливість, рішучість, холоднокривність, агресивність, у багатьох випадках спостерігаються розлад сну та апетиту, підвищена втомлюваність, почуття безсилля, зниження працездатності.*

Якщо самогубство незавершене, то до загальної схеми розвитку суїцидальної поведінки додається ще один етап – постсуїцид.

**III. Етап постсуїцидальної кризи** триває від моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій, іноді він характеризується циклічністю прояву. Цей етап охоплює стан психічної кризи суїцидента, ознаки якого (соматичні, психічні чи психопатологічні) та їх вираженість можуть бути різними. У людини деякий час спостерігається збереження суїцидальних думок та намірів, виявляється пасивна “згода на смерть”. Важливо пам’ятати, що в тих, хто вже здійснили суїцидальні спроби, ризик їх повторення суттєво зростає.

Отже, суїцидальна поведінка – це завжди динамічний процес, що складається з певних часових періодів суїцидальної активності з характерними формами її проявів. Загальний механізм розвитку суїцидальної поведінки передбачає послідовну зміну пресуїциду (з його переддиспозиційною та суїцидальною фазами) суїцидом (що складається з етапів суїцидальних тенденцій та суїцидальних дій), а в разі незавершеного самогубства має місце ще один етап – постсуїцид. Додаючи до цієї схеми фактори соціальної ситуації та індивідуально-психологічних особливостей особистості, можна отримати найбільш цілісну модель, а саме: суїцидальний процес розгортається в часі на фоні біологічних схильностей під впливом соціальних й особистісних стресорів в умовах захисних факторів здебільшого соціального порядку [6]. Варто зазначити, що сьогодні переважає погляд на суїцидальну поведінку як на деякий процес, що посилюється з часом (за несприятливого перебігу).

## **6. Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України**

У контексті несприятливих обставин й умов, зокрема особливостей службово-бойової діяльності, що підвищують ризик самогубств і становлять негативні чинники зростання суїцидальної активності в НГУ, важливо зазначити такі.

1. Відчутне погіршення умов служби та зниження рівня життя і добробуту значної кількості військовослужбовців і членів їх родин (збільшення терміну строкової служби, незадоволеність рівнем грошового утримання і скороченням максимального розміру пенсійного забезпечення, боргові та кредитні зобов’язання, недовіра соціальних гарантій (надання службового

житла, кредитів під будівництво, путівок для оздоровлення за частину вартості, пільгової сплати комунальних послуг та ін.), поширення фінансово-економічної кризи, нестабільність політичної ситуації).

2. Недостатність матеріальних та моральних стимулів до ефективної самовідданої роботи, підтримання належного фізичного та психічного стану військовослужбовців НГУ (через постійну критику, відсутність підтримки від суспільства та держави, низьку оцінку власної роботи керівництвом, реальну перспективу зниження соціального статусу тощо).

3. Надмірна індивідуально-психологічна вразливість щодо негативних аспектів службово-бойової діяльності (ненормованість робочого дня, значне психофізичне навантаження, хронічне перевтомлення, небезпека для життя і здоров'я, висока відповідальність, необхідність постійного спілкування з асоціальними особами, упереджене ставлення з боку командування, стан гострого психоемоційного стресу після складних службових ситуацій, зокрема участь в ООС).

4. Формальне проходження щорічних профілактичних психолого-психіатричних, медичних оглядів і неналежне проведення завчасних профілактичних заходів.

5. Прорахунки професійного відбору кандидатів на службу в НГУ і на навчання у вищі військові навчальні заклади НГУ.

6. Недостатня чисельність особового складу структурних підрозділів служби психологічного забезпечення та роботи з особовим складом.

7. Недостатність відповідних знань і досвіду в командирів підрозділів, на яких (за відсутності психологів та інших відповідних фахівців) безпосередньо покладено організацію психопрофілактичної роботи.

8. Непрофесійні дії безпосереднього командування, психологів, медичних працівників.

9. Відсутність належного контролю за якістю профілактичних заходів, станом здоров'я і поведінкою підлеглих на службі та в побуті з боку безпосереднього командування, працівників кадрових органів (по роботі з особовим складом).

10. Наявність серйозних (та/або хронічних) захворювань, зокрема найбільший ризик щодо скоєння аутоагресивних дій становлять військовослужбовці з субдепресивними (прихованими) станами, органічними ураженнями головного мозку (черепно-мозковими травмами, інсультами, мозковими інфекціями).

11. Відсутність сформованих життєвих цінностей і позитивних світоглядних організацій.

12. Невміння ефективно та адекватно вирішувати конфлікти.

13. Несприятливі особистісні риси та якості, що призводять до деструктивних форм поведінки, зокрема: недостатній самоконтроль, неадекватна самооцінка, недостатність компенсаторних механізмів психологічного захисту, відсутність соціальної конформності, безкомпромісність та підвищена вразливість, невпевненість.

14. Стан алкогольного сп'яніння (систематичне зловживання алкоголем спричинює зниження критики, емоційну вразливість, нервово-психічну нестійкість, схильність до афективних імпульсивних дій із психопатичними, істеричними та астеничними проявами).

15. Негативний соціально-психологічний клімат і конфлікти у сфері службових та сімейних (любовних) стосунків.

16. Важка психотравмуюча подія.

17. Безпосередність стосунків щодо факту вчинення суїциду (наявність близьких родичів, які вчинили самогубство, а також наслідування прикладу знайомої особи).

18. Побоювання відповідальності за серйозне порушення службової дисципліни або навіть кримінальної відповідальності.

У переважній більшості випадків суїцидальні дії мають імпульсивний характер і зумовлені негараздами у сфері міжособистісних стосунків. Незважаючи на те, що, звичайно, суїциди здійснюють в максимально напружених ситуаціях (наприклад, розлучення, втрата роботи), більшість експертів припускає, що це, передусім, більше привід для вчинення суїциду ніж його причина. Основу переважної частини випадків суїциду становлять депресивні стани (інколи доволі тривалі, коли не надавалася кваліфікована допомога). Крім того, особи, схильні до суїциду, зазнають не більше стресів у своєму житті ніж інші. Вони характеризуються, передусім, наявністю певного особистісного дисбалансу (порушень), що не дає змоги їм повноцінно та адекватно справлятися з життєвими проблемами.

Серед суїцидентів розрізняють дві категорії.

Першу з них становлять особи з низьким рівнем соціалізації (як правило, з невисоким соціальним статусом). Для них характерна не тільки соціально-психологічна дезадаптація, тобто порушення у сфері міжособистісних відносин, а й соціальна непристосованість до вимог суспільства, що виявляється в невмінні поводитися відповідно до соціальних норм.

Другу групу становлять особи з достатньо високим рівнем соціалізації (чимало з них досягли високого соціального статусу). В основі вчиненого ними суїциду є, насамперед, соціально-психологічна дезадаптація. Такі особи психологічно декомпенсовані й астенизовані, що пов'язано з переживанням ними складних конфліктів, для вирішення яких їх життєвий досвід виявився недостатнім. Психологічна криза в передсуїцидальному періоді цих осіб характеризується наявністю песимістично-ситуаційних реакцій, а також реакцій емоційного дисбалансу, негативного балансу та реакцій демобілізації.

Отже, суїцидальна поведінка як наслідок багатофакторного процесу дезадаптації, передусім, зумовлена дією соціально-психологічних чинників. Саме тому проблемні питання, пов'язані з суїцидальною поведінкою, потребують відпрацювання та реалізації комплексу заходів організаційного, просвітницького, психологічного, медичного і виховного характеру як локального та регіонального рівнів, так і загальнодержавного масштабу.

## 7. Індикатори суїцидального ризику у військовослужбовців Національної гвардії України

Накопичений досвід профілактики самогубств серед військовослужбовців НГУ визначає хоча й не повний, але достатній діагностичний набір проявів (ознак) поведінки суїцидального ризику. До того ж сучасні загальноновизнані вимоги суспільства до морально-етичних і професійних якостей правоохоронців та похідна від них вимога стосовно професійної надійності особового складу в широкому розумінні дають підстави розглядати окремі особливості поведінки (а тим більше їх певні сполучення) у повсякденному житті та у процесі виконання службово-бойових обов'язків як застережні сигнали (індикатори) наявності суїцидального ризику конкретного військовослужбовця НГУ.

До індикаторів суїцидального ризику належать особливості ситуації, що склалася, настрою, когнітивної діяльності та висловлювань, які свідчать про зростання рівня суїцидальної активності.

**Ситуативні індикатори.** Будь-яка ситуація, що сприймається людиною як кризова, може вважатися ситуативним індикатором суїцидального ризику: смерть коханої людини, передусім, дружини або чоловіка; розлучення; втрата роботи; грошові борги; втрата високої посади; каяття за вчинення злочину; загроза притягнення до кримінальної відповідальності; загроза фізичної розправи; професійна неспроможність; отримання тяжкої інвалідності; невиліковна хвороба; нервовий розлад; шантаж; зрада (чоловіка, дружини, нареченого, нареченої); ревності; публічне приниження; колективне цькування; політичний крах; самотність, туга, втома; релігійні мотиви тощо.

**Поведінковими індикаторами** є такі:

- зловживання психоактивними речовинами, алкоголем, тютюнопалінням (збільшення кількості цигарок);
- ескейп-реакції (втеча від дійсності; бажання ухилитися, сховатися від безраднісних аспектів реального життя в уявному, вигаданому світі; втрата реальності);
- самоізоляція від інших людей і життя;
- різке зниження повсякденної активності;
- видалення персональних сторінок у соціальних мережах;
- зміна звичок (наприклад, недотримання правил особистої гігієни, догляду за зовнішністю);
- вибір тем розмови і читання, пов'язаних зі смертю та самогубствами;
- часте прослуховування траурної або сумної музики;
- приведення справ у порядок (оформлення заповіту, врегулювання конфліктів, листи до родичів і друзів);
- будь-які раптові зміни в поведінці та настрої (передусім ті, що віддаляють від близьких);
- схильність до невиправдано ризикованих вчинків;
- іпохондричний стан, відвідування лікаря без очевидної необхідності;
- порушення сну, розлади харчування;

- порушення дисципліни або зниження якості роботи і пов'язані з цим неприємності в навчанні, на роботі або службі;
- роздавання дорогих речей або грошей;
- придбання засобів для здійснення суїциду.

До **комунікативних індикаторів** належать:

- прямі або опосередковані повідомлення про суїцидальні наміри (“Хочу померти” – пряме повідомлення; “Скоро все це закінчиться” – опосередковане);
- жарти, іронічні висловлювання про бажання померти, про безглуздість життя (належать до непрямих повідомлень);
- запевнення в беспорядності та залежності від інших;
- прощання;
- повідомлення про конкретний план суїциду;
- амбівалентність щодо життя;
- байдужість до своєї долі, пригніченість, безнадійність, беспорядність, відчай;
- переживання горя;
- ознаки депресії (напади паніки, виражена тривога, знижена здатність до концентрації уваги та волі, безсоння, помірне вживання алкоголю, втрата здатності відчувати задоволення);
- невластива агресія або ненависть до себе, гнів, ворожість;
- провина або відчуття невдачі, поразки;
- надмірні побоювання або страхи;
- почуття своєї малозначимості, нікчемності, непотрібності;
- неухважність або розгубленість;
- самозвинувачення;
- суперечливе оцінювання значущих подій;
- повільна, маловиразна мова.

**Когнітивні індикатори** утворюють:

- дозвільні установки щодо суїцидальної поведінки;
- негативні оцінки своєї особистості, навколишнього майбутнього світу;
- уявлення про власну особистість як про нікчемну, яка не має права жити;
- уявлення про світ як місце втрат і розчарувань;
- уявлення про майбутнє як безперспективне, безнадійне;
- “тунельне бачення” (нездатність побачити інші шляхи вирішення проблеми, крім самогубства);
- наявність суїцидальних думок, намірів, планів.

Ступінь суїцидального ризику безпосередньо залежить від того, чи є в людини тільки невизначені поодинокі думки про самогубство, чи вони постійні, і вже сформувався намір учинити самогубство та складено конкретний план, який включає рішення про метод самогубства, засоби, час і місце. Чим ґрунтовніше розроблено суїцидальний план, тим вища ймовірність його реалізації.

**Емоційні індикатори:**

- переживання горя;



- амбівалентність;
- байдужість;
- депресивність.

Для наочності та зручності використання фактори, що впливають на військовослужбовця і спонукають його до самогубства, а також індикатори суїцидального ризику (ситуативні, поведінкові, комунікативні, когнітивні, емоційні) подано в додатку А.

До *тривожних сигналів* (індикаторів) також належать натяки колег, чутки, анонімні повідомлення. Важливо пам'ятати, що жоден з індикаторів, як окремо, так і в певному сполученні, не є абсолютним доказом суїцидальної поведінки. Проте в разі повторення цих сигналів (передусім, щодо конкретної особи) їх слід ретельно перевіряти та аналізувати на предмет суїцидального ризику, оскільки, як підтверджує практика, вони становлять обґрунтовану загрозу й небезпеку.

Інформацію щодо ймовірності виникнення суїцидального ризику серед військовослужбовців НГУ також можливо виявити під час вивчення особових справ, незалежних характеристик, висновків фахівців (медичних працівників, психологів), проведення індивідуальних бесід із військовослужбовцем і спостереження за його діями та вчинками.

Крім того, необхідна інформація також може бути отримана під час відвідування військовослужбовців НГУ за місцем проживання. При цьому слід з'ясувати побутові умови, особливості взаємин у сім'ї, рівень добробуту, охайність приміщення, в якому мешкає родина військовослужбовця. Під час відвідування необхідно визначити коло проблем, що турбують військовослужбовця та його рідних, для надання їм практичної допомоги в межах компетенції та можливостей командування підрозділу; виявляти негативні явища, які свідчать про нездоровий спосіб життя, відсутність позитивних інтересів, неохайність, конфлікти, що негативно впливають на морально-психологічний стан військовослужбовця тощо.

З метою попередження та забезпечення своєчасного виявлення суїцидальної поведінки військовослужбовців НГУ слід використовувати карту суїцидального ризику (додаток Е) [4].

Таку карту можуть використовувати під час супроводу службово-бойової діяльності військовослужбовців НГУ фахівці структурних підрозділів служби психологічного забезпечення, офіцери по роботі з особовим складом, представники кадрових органів, командири підрозділів. Усі дані заповнює посадова особа, яка безпосередньо здійснює практичні психопрофілактичні заходи з особовим складом.

Таким чином, загальний аналіз стану проблеми самогубств в НГУ та визначення соціально-психологічних детермінант суїцидальної поведінки й з'ясування індикаторів її ризику дають змогу закласти суттєвий фундамент для організації, проведення та вдосконалення системи психопрофілактичної роботи в НГУ.

## 8. Психологічна діагностика суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України

На сьогодні дослідниками та практиками накопичено значний досвід застосування загальнонаукових і спеціальних методів виявлення ознак суїцидальної поведінки. До таких методів належать: *спостереження, бесіда, біографічний метод, аналіз документів, аналіз результатів і продуктів діяльності, експертне опитування, психодіагностичне обстеження* та інші. Більшість зазначених методів достатньо повно і детально описано в спеціальній науковій літературі, тому немає потреби акцентувати увагу на цьому. Розглянемо лише деякі ключові позиції, пов'язані зі специфікою питання, що розглядається.

Основою роботи з виявлення осіб, схильних до суїцидальної поведінки, є **вивчення та аналіз документів** особової справи, що передбачає ретельне ознайомлення з характеристикою, довідкою про сімейний стан, перевірку відомостей про стан здоров'я. На особливу увагу заслуговують особи, які мали родичів з нервово-психічними захворюваннями або спробами суїциду чи самі їх здійснювали; схильні до глибокої депресії; зазнали захворювання або травми головного мозку; відрізняються слабким здоров'ям; мали відстрочки від служби в армії; часто змінювали місця проживання, навчання і служби; виховувалися в сім'ях, у яких переважали конфлікти, несприятливі взаємини; мали документально зафіксовані випадки девіантної поведінки (вживання алкоголю та наркотиків, незадовільна успішність у школі, втечі з дому, перебування на обліку в психоневрологічному або наркологічному диспансері, дитячій кімнаті міліції, інспекції у справах неповнолітніх, наявність судимості) тощо.

З метою подальшого виявлення ознак суїцидальної поведінки проводиться **індивідуальна бесіда**, впродовж якої одночасно здійснюється **спостереження**. Попередньо складають спеціальний план бесіди, у якому визначають теми для обговорення та формулюють орієнтовні питання. У процесі бесіди та спостереження за поведінкою військовослужбовця відмічають несприятливі характерні прояви (виражена невпевненість, тривожність, пустотливість, нісенітні дії і сльозливість, замкнутість, помисливість, недовірливість, злостивість, дефекти мовлення, моторики, зовнішності, слабкий фізичний розвиток тощо), з'ясовують проблемні питання, що потребують уточнення. Важливу роль для оцінювання підвищеного ризику суїцидальної поведінки можуть відігравати мотиви вступу на службу до НГУ. При цьому необхідно враховувати наявність таких відомостей, як: неузгодженість між освітнім профілем і видом діяльності, несподівана зміна в характері попередньої діяльності, перехід на непрестижну роботу, різке зниження посадового статусу, незрозуміле і водночас наполегливе прагнення служити саме в силових структурах та деякі інші.

Для підвищення ефективності професійного відбору і зниження ризику скоєння деструктивних дій також необхідне обов'язкове проведення психодіагностичного обстеження як для всіх кандидатів, які вперше поступають на службу, так і для військовослужбовців НГУ (з певною

періодичністю або за потребою). Особлива важливість такого заходу визначається тим, що здійснювана при цьому активна взаємодія фахівців різних служб (психологів, психіатрів, працівників кадрового апарату) дає змогу вирішувати триєдине завдання:

- 1) своєчасно виявляти осіб з латентною патологією;
- 2) визначати їх схильність до різних форм деструктивної поведінки;
- 3) прогнозувати професійну успішність у конкретних видах діяльності.

Головним завданням спільної роботи фахівців різних служб є своєчасна діагностика або розпізнавання ознак суїцидального ризику (потенційної готовності людини вчинити самогубство). Зважаючи на зазначене вище та на думку деяких авторів, для його визначення доцільно, насамперед, аналізувати дві групи факторів: суїцидогенні та антисуїцидальні.

*До суїцидогенних факторів належать:*

- вчинення кримінальних правопорушень;
- зафіксовані випадки девіантної поведінки;
- зниження або втрата соціальних орієнтацій;
- наявність суїцидальних спроб у минулому;
- зловживання наркотиками чи алкогольними напоями;
- схильність до ризикованих справ або фінансових операцій;
- фінансово-економічні негаразди;
- затяжні службові конфлікти;
- розлучення або напружені взаємини у сім'ї;
- нестійкість до психоемоційних навантажень і екстремальних умов несення служби;
- емоційні порушення і психотравмуючі переживання (наприклад, депресія, зневіра, різке зниження активності);
- підвищена агресивність, вразливість;
- схильність до конфліктного вирішення проблем;
- несприятливі умови сімейного виховання (надмірна опіка, втечі з дому, неповна сім'я);
- наявність родичів із нервово-психічними захворюваннями;
- хронічні або прогресуючі соматичні захворювання;
- наявність психічної патології;
- неадекватна самооцінка;
- слабкість особистісного психологічного захисту;
- недостатність навичок конструктивного вирішення проблем.

*До антисуїцидальних факторів особистості належать:*

- стійка емоційна прихильність до близьких;
- виражене батьківське піклування та сильне почуття обов'язку, гіпервідповідальність;
- концентрація уваги на стані власного здоров'я;
- побоювання фізичного страждання;
- залежність від суспільної думки та бажання уникнути осуджування з боку оточуючих;

– наявність довгострокових цілей, творчих і життєвих планів.

Разом з тим необхідно зважати на те, що більшість із зазначених факторів достатньо умовні та змінюються з часом. Тому зафіксована у конкретної особи схильність до суїцидальної поведінки (так само як і її відсутність) не може автоматично проектуватися на її майбутнє, вона вимагає подальшого ретельного систематичного контролю і спостереження.

Заслуговує на особливу увагу *діагностика стану високого суїцидального ризику* на підставі виявлення ознак суїцидальної поведінки, що сигналізують про велику ймовірність учинення самогубства:

1) замикання у собі (глибокі й тривалі відокремлення; замкнутість, людина цурається близьких, друзів і товаришів);

2) примхливість, вередливість (щоденні емоційні коливання настрою між збудженням і спадом);

3) агресивність (роздратування, спалахи гніву, люті, жорстокості до оточуючих, нерідко як заклик суїцидента звернути на нього увагу, допомогти йому);

4) виражена імпульсивність у поведінці;

5) прояви пригнічуючого відчуття провини (сорому, образи, сильного страху);

6) виражене фізичне або психічне страждання (больовий синдром, душевний біль);

7) порушення апетиту (відсутність його чи, навпаки, ненормально підвищений апетит тісно пов'язані з саморуйнівними думками та є критерієм потенційної небезпеки);

8) стан депресії (глибокий емоційний спад, що супроводжується зниженням самооцінки, втратою здатності відчувати радість, негативними судженнями, песимістичністю, тугою, втратою інтересу до життя, загальмованістю, пасивністю);

9) психологічна травма, факт недавньої (наявної) кризи або втрати (кожна людина має свій індивідуальний емоційний поріг, до зламу якого може призвести або значне емоційне потрясіння, або низка дрібних психотравмуючих переживань, які поступово накопичуються: розставання з рідними, порушення звичного укладу життя, нова обстановка, значні фізичні та моральні навантаження, розлучення батьків, смерть або нещастя з ким-небудь із близьких та ін.);

10) емоційно-когнітивна фіксація на кризовій ситуації, об'єкті втрати;

11) раптові, несподівані зміни в поведінці (активність, багатомовність, веселість і безтурботність у стриманої та замкненої людини чи пасивність, байдужість до спілкування і життя в енергійної);

12) роздавання подарунків оточенню (часто люди, які планують суїцид, попередньо роздають близьким і друзям свої речі);

13) відсутність соціально-психологічної підтримки;

14) високий рівень безнадії у висловлюваннях;

15) стійкі думки про смерть, фантазії, невербальні знаки, прямі чи непрямі висловлювання про самоушкодження або самогубство, погрози (будь-яке

висловлювання щодо прагнення піти з життя повинно сприйматися серйозно, як пряме попередження про самогубство, що готується);

16) небажання приймати допомогу;

17) активна попередня підготовка (збирання ліків, зберігання отруйних речовин, бойових патронів, малюнки з траурною символікою та хрестами, часті розмови про потойбічне життя, суїцид як про легку смерть, відвідування кладовищ тощо).

Що стосується відбору *діагностично значимого психологічного інструментарію* для виявлення осіб, схильних до крайніх видів деструктивної поведінки, зокрема до суїциду, то, як показує практика, така інформативність притаманна двом групам методик.

1. Які безпосередньо спрямовані на визначення ризику суїцидальності:

– методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду (карта ризику суїцидальності);

– тест “Суїцидальна мотивація”;

– тест “Протисуїцидальна мотивація”;

– методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45).

2. Загального характеру, що опосередковано свідчать про ознаки суїцидальної поведінки:

– комплексні особистісні опитувальники (16 РҒ тест Р. Кеттелла; ММРІ та його модифікації, зокрема російськомовна версія СМІЛ, адаптована Л. М. Собчик);

– проєктивні методики: “Неіснуюча тварина”, “Будинок – Дерево – Людина”, колірний тест Люшера, метод портретних виборів Сонді, тематичний апперцептивний тест (ТАТ);

– шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна;

– шкала депресії Бека;

– шкала безнадійності;

– методика діагностики психоемоційного вигорання Бойка;

– опитувальник соціально-психологічної адаптації особистості Роджерса і Даймонда;

– методика “Діагностика психологічної безпеки особистості” (автор І. І. Приходько);

– опитувальник “Самопочуття, активність, настрої” (САН);

– багатовимірний опитувальник дослідження самоствалення (МІС);

– опитувальник рівня суб’єктивного контролю (УСК);

– методика визначення мотивації споживання алкоголю (МПА) та деякі інші.

У зв’язку з недостатньою прогностичністю наявних методик нині триває активний пошук методичних підходів, використовуючи які, можна подолати недоліки традиційних методів оцінювання суїцидального ризику.

Таким чином, з огляду на наведені суїцидогенні та антисуїцидальні фактори і на підставі аналізу результатів бесіди та вивчення документів, а також інтерпретації психологічного профілю особистості за показниками психодіагностичного тестування можна дійти висновку про наявність ризику

суїцидальної поведінки, а також ступеня його виразності та розробити програму необхідних профілактичних заходів для попередження, корекції та надання спеціалізованої допомоги військовослужбовцям НГУ. При цьому необхідно пам'ятати, що основними критеріями лікування і профілактики самогубств є формування антисуїцидальних факторів особистості, що в подальшому перешкоджатимуть розвитку суїцидальної поведінки або реалізації суїцидальних дій.

## **9. Сутність, основні напрями та види профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців Національної гвардії України**

Система психологічної профілактики є комплексом організаційних, службових, правових, просвітницьких, соціально-економічних, виховних, психологічних та медичних заходів, спрямованих на збереження, відновлення соціально-психологічного благополуччя та здоров'я військовослужбовців Національної гвардії України з метою забезпечення їх високої працездатності та ефективності діяльності. Це питання, передусім, стосується суїцидальної поведінки.

Для попередження самогубств серед військовослужбовців командуванню служб та підрозділів НГУ спільно з психологами, офіцерами по роботі з особовим складом, психіатрами та фахівцями кадрових структур необхідно створити систему загальної та конкретної локальної профілактичної роботи.

Ключовими завданнями загального напрямку профілактичних заходів є послаблення ступеня впливу негативних економічних, нормативно-правових і соціально-психологічних умов життєдіяльності особового складу, що спричиняють деструктивну поведінку військовослужбовців. До них належать:

- дотримання гарантій соціальної та правової захищеності військовослужбовців;
- постійна турбота про особовий склад;
- організація просвітницької роботи та психологічної підготовки військовослужбовців;
- формування та розвиток згуртованих службових колективів;
- адекватне та своєчасне вирішення конфліктів на службі та в побуті;
- надання допомоги військовослужбовцям у період адаптації до умов служби;
- оптимальний розподіл службового навантаження;
- проведення психологічних, загальнооздоровчих, лікувальних та медико-реабілітаційних заходів.

**Локальна профілактика** повинна створюватись з урахуванням індивідуальних та групових факторів суїцидального ризику. Вона орієнтована, насамперед, на своєчасне виявлення військовослужбовців, які перебувають у кризових станах, і надання їм первинної психологічної допомоги та підтримки. У додатку II подано інформацію про надання екстренної психологічної допомоги.

Змістовно профілактична робота включає в себе заходи соціального, правового та виховного характеру, професійного відбору, медико-психологічної діагностики, психологічної корекції поведінки та постсуїцидальної реабілітації особистості. Вона має бути безперервною та послідовною, із залученням та взаємодією усіх посадових осіб.

Єдиний процес профілактичної роботи в НГУ поділяється на первинну та вторинну психопрофілактики.

**Первинна психопрофілактика в НГУ** – це система заходів, спрямованих:

- на забезпечення якісного професійного відбору та супроводження службово-бойової діяльності військовослужбовців;
- проведення заходів виховного впливу та соціального забезпечення;
- здійснення психологічного вивчення та психокорекції, що забезпечують найбільш раннє виявлення і нейтралізацію негативних психоемоційних станів у військовослужбовців НГУ;
- просвітницьку діяльність у межах службово-бойової підготовки з метою формування у військовослужбовців НГУ готовності до виважених ефективних професійних дій у непередбачуваних, екстремальних ситуаціях та їх прихильності до здорового способу життя (додатки Д, Ж).

Первинна профілактика забезпечується, насамперед, командуванням підрозділів НГУ за безпосередньої участі в реалізації практичних заходів офіцерів по роботі з особовим складом, працівників кадрових органів, фахівців служби психологічного забезпечення. Безперечно, серед пріоритетних заходів з попередження самогубств ключову роль відіграє саме первинний психологічний відбір, результатом якого є прийняття обґрунтованого рішення про придатність чи непридатність кандидата до тієї чи іншої діяльності за об'єктивними соціально-правовими, медичними та психофізіологічними критеріями. У подальшому особлива увага приділяється супроводженню службово-бойової діяльності військовослужбовців як заходу превенції, що дає змогу швидко та своєчасно реагувати на ситуації підвищеного суїцидонебезпечного ризику (додаток Б).

**Вторинна психопрофілактика в НГУ** – це система заходів, що сприяють ранньому виявленню та ефективному коригуванню на початкових етапах деструктивної поведінки або, у разі психічної патології, своєчасному її лікуванню.

Вторинна психопрофілактика здійснюється безпосередньо працівниками медичних, реабілітаційних установ, фахівцями центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору, представниками відділів (відділень, секторів) служби психологічного забезпечення та медичної служби НГУ.

Деякі фахівці пропонують виокремлювати також третинну психопрофілактику як систему заходів лікувально-профілактичного характеру, спрямованих на соціально-медичну реабілітацію військовослужбовців НГУ із клінічними проявами психічної патології, що виникла під час проходження служби, обмеження їх психічної інвалідизації. Забезпечення третинної

психопрофілактики здійснюється безпосередньо фахівцями психіатричної служби НГУ.

Як показує практика, психопрофілактичні заходи в системі НГУ необхідно планувати та здійснювати на п'яти рівнях:

- організаційно-нормативному;
- просвітницькому;
- психологічному;
- лікувально-профілактичному;
- науково-методичному.

З метою належної реалізації та подальшого покращення психопрофілактичної роботи передбачається проведення комплексу заходів усіх п'яти рівнів.

### **1. Організаційно-нормативні заходи:**

– забезпечення керівниками усіх ланок ґрунтовного вивчення та якісного виконання вимог нормативних документів (статутів, наказів, розпоряджень, вказівок, методичних документів з питань профілактики самогубств у НГУ);

– забезпечення рівномірного розподілу службового навантаження на військовослужбовців; виключення випадків порушення трудового законодавства, встановлення напруженого режиму праці у службових колективах, необумовленого нагальною службовою необхідністю, свавілля керівників;

– здійснення періодичних перевірок організації психопрофілактичної роботи в підрозділах НГУ; за їх результатами доцільно проводити детальний аналіз недоліків організації цієї діяльності, вживати заходів щодо їх усунення;

– забезпечення організації та проведення ретельних службових перевірок за фактами самогубств серед військовослужбовців НГУ (додаток В);

– заслуховування на нарадах командирів підрозділів, у яких мали місце суїцидальні прояви серед особового складу.

### **2. Просвітницькі заходи:**

– формування у військовослужбовців НГУ належного стану фізичної, спеціальної, бойової, психологічної готовності до дій у складних та екстремальних умовах шляхом забезпечення якісної, систематичної професійної підготовки особового складу;

– з метою оптимізації діяльності колективів, покращення їх продуктивності – забезпечення навчання керівників усіх ланок ефективним формам управління колективами, новим методам роботи з персоналом шляхом запобігання виникненню службових конфліктів, алгоритмам дій у типових та нетипових ситуаціях та ін. (додаток Г);

– з метою формування у військовослужбовців НГУ прихильності до здорового способу життя – забезпечення проведення лекційних, практичних, тренінгових занять з питань навчання методам саморегуляції негативних психоемоційних станів, шляхів уникнення зараження на ВІЛ/СНІД та інфекцій, що передаються статевим шляхом, негативного впливу вживання алкоголю, наркотичних речовин, тютюну тощо, а також проведення спортивних змагань;



- забезпечення належного проведення індивідуальної виховної роботи з військовослужбовцями, здійснення періодичних перевірок їх житлових умов;
- організація періодичних зустрічей із членами сімей військовослужбовців, надання посиленої соціальної допомоги у вирішенні матеріально-побутових проблем;
- надання психологічних консультацій військовослужбовцям та членам їх сімей щодо вирішення сімейно-побутових конфліктів.

### **3. Психологічні заходи:**

- проведення якісного професійного психологічного відбору кандидатів на службу в НГУ;
- періодичне здійснення ранньої діагностики негативних психоемоційних станів у військовослужбовців;
- надання відповідної психологічної допомоги та проведення психокорекційної роботи з військовослужбовцями, включеними до групи посиленої психологічної уваги;
- періодичне вивчення соціально-психологічного клімату в колективах, уживання заходів з усунення виявлених проблем;
- проведення занять і тренінгів психопрофілактичного спрямування з особовим складом щодо навчання їх прийомам нейтралізації негативних емоційних станів під час виникнення стресових ситуацій, життєвих труднощів, особистісної кризи, навчання алгоритмам виходу з кризи тощо.

### **4. Лікувально-профілактичні заходи:**

- своєчасне надання інформації до центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору про військовослужбовців, які часто вживають алкоголь, мають відхилення у поведінці, виявляють ознаки суїцидального ризику;
- своєчасне виявлення психічних порушень на ранніх етапах їх виникнення, надання адекватної лікувальної психотерапевтичної допомоги;
- здійснення контролю за якісним проходженням військовослужбовцями щорічних медичних оглядів;
- за результатами медичних оглядів вжиття дієвих заходів з усунення умов, чинників, що негативно впливають на стан здоров'я та соціально-психологічне благополуччя військовослужбовців.

### **5. Науково-методичні заходи:**

- періодичний аналіз ефективності організації психопрофілактичної роботи в підрозділах, виявлення загальних чинників, що негативно впливають на стан здоров'я, соціально-психологічне благополуччя військовослужбовців та можуть знижувати продуктивність діяльності військових колективів у цілому;
- розроблення нових методичних, лекційних матеріалів за напрямками психопрофілактичної діяльності.

Отже, побудована таким чином система психологічної профілактики в НГУ охоплює різні напрями діяльності, здійснюється на всіх рівнях, передбачає комплексність і систематичність заходів превенції суїцидальної поведінки, завдяки чому забезпечується її належна результативність.

## Перелік джерел посилання

1. Боенко А. В. Психологические особенности суицидального поведения военнослужащих и его профилактика. *Военная психология: методология, теория, практика* : учеб.-метод. пособие. Москва : Воениздат, 2010. С. 256–267.
2. Личко А. Е., Александров А. А. Суицидальное поведение подростков. *Клинико-психологические социальные и правовые проблемы суицидального поведения* : мат-лы симпоз. (Москва, 21–23 окт. 1974 г.). Москва : НИИ психиатрии : НИИ МВД, 1974. С. 71–79.
3. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях : справ. практ. психолога. Москва : Эксмо, 2005. С. 372–424.
4. Методичні рекомендації щодо профілактики самогубств серед працівників МВС України : від 20 листоп. 2007 р. № 18327/Кн, Департамент роботи з персоналом; Департамент освіти та науки МВС України. Київ : МВС України, 2007. 32 с.
5. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование; под. ред. В. Е. Кагана. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Смысл, 2001. 494 с.
6. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств ; под. ред. Д. Вассерман. пер. Е. Ройне. Москва : Смысл, 2005. 310 с.
7. Профилактика самоубийств в органах и подразделениях внутренних дел : метод. пособие / М. И. Марьин и др.; под. общ. ред. В. М. Буркина. Москва : ИМЦ ГУК МВД России, 2004. 200 с.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла : сборник ; пер. с англ. и нем. Д. А. Леонтьева, М. П. Папуша, Е. В. Эйдмана. Москва : Прогресс, 1990. 368 с.

## Основна література

1. Профілактика самогубств серед працівників органів та підрозділів внутрішніх справ : монографія / В. О. Криволапчук та ін. ; за ред. д-ра юрид. наук, проф. Т. О. Проценка. Київ : ДНДІ МВС України, 2014. 216 с.
2. Стилиха Р., Розанов В. А., Моховиков А. Н. Тезисы лекций по предупреждению суицидального поведения в воинских частях и подразделениях : учеб. рук-во. Одесса : Ветаком, 2004. 52 с.
3. 23 совета военных психологов семьям бойцов АТО. URL : <http://psihoterapevt.at.ua/publ>.

**Фактори, які впливають на особистість і спонукають до самогубства**



## СИТУАТИВНІ ІНДИКАТОРИ



## ПОВЕДІНКА ЯК ІНДИКАТОР РИЗИКУ СКОЄННЯ САМОГУБСТВ

зловживання  
алкоголем,  
психотропними  
речовинами,  
збільшення кількості  
цигарок

різке зниження  
повсякденної  
активності

вибір літератури і тем  
для розмов, пов'язаних  
зі смертю та  
самогубствами

упорядкування справ,  
оформлення заповіту,  
врегулювання  
конфліктів

написання листів  
родичам і друзям

вживання ліків  
без реальної  
необхідності,  
іпохондричний стан

порушення дисципліни  
або зниження якості  
роботи і пов'язані  
з ними неприємності

порушення сну,  
розлади харчування

видалення  
персональних сторінок  
у соціальних мережах

ескейп-реакції

самоізоляція від інших  
людей



демонстративні  
самоушкодження,  
спроби суїциду

зміна звичок,  
наприклад,  
недотримання  
особистої гігієни,  
нехтування  
зовнішнім виглядом

часте  
прослуховування  
траурної чи сумної  
музики

будь-які несподівані  
зміни в поведінці  
та настрої,  
особливості, що  
відсторонюють від  
рідних, близьких  
друзів

схильність до  
невиправдано  
ризикованих вчинків

роздавання дорогих  
речей, грошей,  
коштовностей,  
іншого майна та  
пам'ятних речей

небезпечне  
маніпулювання  
з вогнепальною і  
холодною зброяю,  
отруйними та  
вибуховими  
речовинами, іншими  
предметами, які  
можуть бути  
використані для  
самогубства

пошук, придбання,  
зберігання  
зброя для  
скоєння  
самогубства

## КОГНІТИВНІ ІНДИКАТОРИ (ПОНЯТІЙНА СИСТЕМА ОСОБИСТОСТІ)

“тунельне бачення”,  
нездатність побачити  
інші прийнятні шляхи  
вирішення проблеми  
крім суїциду

уявлення про майбутнє  
як безперспективне,  
безнадійне

негативні оцінки своєї  
особистості,  
навколишнього світу  
і свого майбутнього



уявлення про власну  
особистість як про  
нікчемну, яка не має  
права жити

уявлення про світ  
як місце втрат і зневіри

наявність суїцидальних  
думок, намірів, планів

установки, що  
дозволяють суїцидальну  
поведінку

## КОМУНІКАТИВНІ ІНДИКАТОРИ

пряме повідомлення про  
суїцидальні наміри:  
“Хочу вмерти, накладу на  
себе руки”

жарти, іронічні  
висловлювання про  
бажання вмерти та  
безглуздість життя

прощання

суперечлива оцінка  
значущих подій

самозвинувачення



повільна, маловиразна  
мова

непряме повідомлення  
про суїцидальні наміри:  
“Скоро все це  
закінчиться”

запевнення оточуючих  
у своїй безпорадності  
та залежності від інших

повідомлення  
про конкретний план  
самогубства

## ЕМОЦІЙНІ ІНДИКАТОРИ

переживання горя

амбівалентність (двоякість)  
стосовно будь-чого

байдужість до своєї долі,  
пригніченість, безнадійність,  
безпомічність, відчай

ознаки депресії:  
приступи паніки; виражена тривога;  
знижена здатність до концентрації  
уваги і волі; безсоння; вживання  
алкоголю; втрата здатності  
відчувати задоволення; невласлива  
агресія або ненависть до себе, гнів,  
ворожість; відчуття провини,  
невдачі, поразки; відчуття своєї  
малозначущості, нікчемності,  
непотрібності; неухважність і  
розгубленість



## Превентивна бесіда з особою, яка має ознаки пресуїцидальної поведінки

Превентивну бесіду може проводити не тільки офіцер-психолог чи офіцер по роботі з особовим складом, а й командир підрозділу, якому радимо чітко дотримуватися наведених у цьому додатку рекомендацій.

Коли у людини горе, душевний розлад, розчарування, вона, зазвичай, шукає співчуття в оточуючих, прагне виговорити свої неприємності. Те, що було висловлено вголос, ніби відбивається від людини в словах, при цьому нерідко полегшується і саме переживання. Тому, якщо військовослужбовець знаходиться в емоційно-пригніченому стані і його поведінка здалася вам суїцидонебезпечною, невідкладно запросіть його на бесіду. Запрошення обов'язково необхідно зробити особисто, бажано віч-на-віч. Ні в якому разі не викликати до себе через третіх осіб. Місцем бесіди може бути службовий кабінет, але краще провести її у менш формальному місці. Головне – відсутність сторонніх. Ніхто не повинен переривати розмови, скільки б вона не тривала. Під час бесіди будьте гранично уважним, зацікавленим співрозмовником. Покажіть, що важливіше за цю бесіду для вас зараз нічого немає. Бесіду бажано призначати у зручний для співрозмовника час. Ваша допомога виявиться більш ефективною, якщо бесіда буде побудована за певними принципами і складатиметься з декількох послідовних етапів, кожен з яких має свою специфічну мету.

*Перший (початковий) етап бесіди.* Його головна мета полягає у встановленні емоційного контакту з військовослужбовцем, якого запрошено на бесіду. Необхідно переконати співрозмовника в тому, що його проблеми зрозуміють, що ви щиро поділяєте його турботи і труднощі. На першому етапі – тільки уважне, терпляче вислуховування, без сумніву і критики. Уточніть відомості про близьких людей, саме вони часто є резервними джерелами допомоги та підтримки.

*Другий етап бесіди.* Під час цього етапу визначається послідовність подій, в результаті яких склалася конфліктна ситуація, з'ясовується, що вплинуло на душевний стан співрозмовника. Один з найбільш істотних моментів цього етапу – зняття відчуття безвихідності ситуації. Намагайтеся переконати його в тому, що, хоча ви, як і він, вважаєте ситуацію дуже серйозною і значущою, подібні ситуації виникають і в інших людей, і стан справ можна виправити. На завершення цього етапу бесіди доцільно використати прийом “визначення конфлікту”, тобто чітко сформулювати ситуацію, пережиту людиною.

*Третій етап бесіди.* Він є спільним плануванням діяльності з подолання кризової ситуації. Слід мати на увазі, що ймовірність реалізації запланованих дій буде вищою, коли ваш співрозмовник у плануванні гратиме провідну роль. Якщо він відчуває труднощі, запропонуйте певний варіант поведінки, можливі способи вирішення ситуації, які можуть привести до виходу з психологічної кризи. Процес подолання психотравмуючої ситуації ділять на більш дрібні, окремі



## Продовження додатка Б

етапи, для найближчих з них пропонується декілька можливих варіантів рішень. Підсумком цього етапу бесіди повинен бути конструктивний план поведінки, спрямований на подолання несприятливих обставин. Якщо мали місце суїцидальні висловлювання, потрібно намагатися переконати співрозмовника відкласти крайній захід “на потім”, запропонувати вжити ще якісь заходи або дочекатися певних подій у недалекому майбутньому. Досвід показує, що така тактика більш ефективна ніж пряма відмова від спроби самогубства або осуд подібної спроби.

*Завершальний етап бесіди.* Це етап остаточного формулювання рішення, активної психологічної підтримки та надання людині впевненості у своїх силах і можливостях. План дій повинен бути виражений гранично ясно, послідовно і коротко.

Якщо в ході бесіди ваш співрозмовник невпевнено пропонував варіанти вирішення кризової ситуації, песимістично оцінював майбутнє, активно висловлював суїцидальні думки, то необхідно невідкладно відправляти його до лікувальної установи. Бажано, щоб він відвідав фахівця-психіатра. Однак не можна допускати ніяких дій всупереч бажанню військовослужбовця. Будь-яка інформація, повідомлена вам у ході бесіди, не може бути передана без його згоди будь-кому, тим більше – стати предметом обговорення в колективі.

Необхідно відзначити, що вже період латентного пресуїциду вимагає не тільки соціальних заходів та роботи психолога, а й лікувальних заходів, таких як фармакотерапія і психотерапія. Тому вже на цьому етапі психолог повинен працювати спільно з лікарем-фахівцем. У маніфестний період пресуїциду показана госпіталізація або амбулаторна терапія з наглядом, а в період гострого пресуїциду – термінова госпіталізація. Після цього військовослужбовці, які вчинили спробу самогубства, в обов’язковому порядку направляються на ВЛК на предмет визначення придатності для подальшого проходження служби.

*У бесіді з суїцидальною людиною:*

- не показуйте, що вас шокують її висловлювання;
- не сперечайтесь і не намагайтесь її переконати; не наводьте аргументи про моральну неприйнятність самогубства і про те, який біль воно спричинить іншим людям – це лише посилить почуття провини;
- не намагайтесь аналізувати мотив людини “зараз погано лише тому, що...”;
- не намагайтесь шокувати людину, ставити під сумнів її слова або кидати виклик: “Ну і добре, так і зроби!” чи “Зроби це зараз!”, таке допомагає тільки в кінофільмах.

Основні рекомендації з організації роботи із військовослужбовцем після проведеної бесіди та консультації з психологом або психіатром:

- поставтеся до всіх висловлювань вашого співрозмовника дуже серйозно;
- продумайте план надання реальної допомоги;

Кінець додатка Б

- враховуючи підвищену ймовірність неадекватних дій, створіть для нього на якийсь період більш спокійні умови служби: не призначайте одного в наряди (особливо зі зброєю), водіїв не посилайте в рейси і т. ін.;
- не залишайте військовослужбовця без контролю та уваги;
- давайте нескладні завдання, успішне виконання яких сприятиме підвищенню самооцінки особистості.

## **Проведення службового розслідування за фактом самогубства військовослужбовця Національної гвардії України**

Наведений порядок проведення службового розслідування за фактом самогубства військовослужбовця НГУ містить необхідні коментарі на основі аналізу матеріалів службових розслідувань, які проводилися у Національній гвардії України у 2014–2016 роках. Звертається увага на помилки та деякі дані за вказаний період.

У разі, якщо військовослужбовець НГУ покінчив життя самогубством, службове розслідування проводиться комісією у складі фахівців відділів по роботі з особовим складом, служби психологічного забезпечення, медичного фахівця (психіатра). За результатами проведеного службового розслідування готується висновок.

Об'єктом дослідження у разі скоєння завершеного суїциду є не психіка живої особистості, а лише сліди її психічної діяльності, які за життя були залишені нею в оточуючому матеріальному та психічному середовищі (спогади, особисті речі, письмові тексти), що і визначає етапи службового розслідування психологічних аспектів самогубства та використання як матеріалів для аналізу документів, опитувань людей, які добре знали загиблого чи спостерігали його в останні дні перед загибеллю.

### **Цілі службового розслідування психологічних аспектів самогубства:**

- визначити причини, умови, обставини, які сприяли здійсненню суїциду;
- оцінити організацію і стан психопрофілактичної роботи, взаємодію командирів підрозділів з офіцерами по роботі з особовим складом та фахівцями кадрових структур, психологами, медичними працівниками;
- визначити напрямки і заходи психопрофілактики суїцидів з військовослужбовцями підрозділу.

### **Етапи службового розслідування психологічних аспектів самогубств.**

#### *I. Ознайомлення з документами:*

- з особовою справою суїцидента;
- картою психологічного супроводження службово-бойової діяльності;
- медичною карткою суїцидента;
- висновками центрів психодіагностики та професійного психологічного відбору, результатами щорічних профілактичних обстежень;
- службовою характеристикою на особу, яка скоїла суїцид (для осіб, які були нещодавно мобілізовані і не встигли себе зарекомендувати в НГУ – з характеристикою з останнього місця роботи чи проживання; для військовослужбовців, які були нещодавно переведені з іншого підрозділу – зі службовою характеристикою з попереднього місця служби);
- протоколами опитування свідків або поясненнями осіб, причетних до надзвичайної події (для встановлення обставин загибелі та психічного стану особи, яка загинула);

## Продовження додатка В

- протоколами опитування осіб, які добре знали особу, яка скоїла суїцид, чи спостерігали її останнім часом (для уточнення психологічного портрету особистості та розвитку у неї станів, що могли бути підставою для здійснення суїциду);

- запротокольованими передсмертними записками, що були при загиблому чи відправлені близьким людям або особам, звинуваченим ним у доведенні до самогубства, та ін. (у тому числі смс-повідомлення);

- оцінною картою військовослужбовця за результатами щорічного оцінювання та атестування (офіцерів);

- даними про службове навантаження військовослужбовця (кількість добових нарядів на місяць тощо);

- запротокольованими даними про наявні у особи, які вчинила суїцид, особисті речі (виявлені на робочому місці щоденники, медичні препарати, отруйні речовини, предмети, які можуть свідчити про протиправну діяльність особи, яка вчинила суїцид, чи предмети, що свідчать про протиправні дії інших осіб стосовно цієї особи; інші предмети, які можуть дати інформацію про мотиви і підготовку до суїциду тощо);

- матеріалами психологічного супроводження військовослужбовця, який скоїв суїцид;

- планами та відмітками про їх виконання щодо заходів психопрофілактичної роботи у частині;

- довідками про склад родини;

- довідкою про побутові умови родини військовослужбовця (рапортами про відвідування безпосереднім командиром);

- даними про грошове забезпечення військовослужбовця (довідкою з фінансової служби військової частини);

- попередніми результатами судово-медичної експертизи про причини смерті та посмертної судово-психологічної експертизи суїциду (якщо така проводилась); у разі незавершеного суїциду – епікриз з медичної картки стаціонарного хворого.

Для комісії не є виправданням відсутність медичної документації на осіб, які почали службу в добровольчих батальйонах і мали спрощену процедуру професійного психологічного відбору, чи відсутність даних психологічного обстеження військовослужбовця психологом частини через те, що мобілізований прослужив не більше тижня (непоодинокі випадки), так як встановлення психологічного портрету і стану загиблого за даними опитування людей, які знали загиблого за життя чи спостерігали його напередодні скоєння самогубства, є адекватний, нормальний поширений спосіб.

Зазначимо, що протоколи опитування свідків та близьких осіб мають містити пряму мову. Офіцер, який веде розслідування, не повинен підштовхувати опитуваних осіб до висновків щодо нервово-психічної нестійкості військовослужбовця, загострення у нього психоемоційного стану чи до висновку, що скоєння суїциду не пов'язане з організацією служби в підрозділі, а члени родини військовослужбовця не мають претензій до військової частини.

Якщо особа, яку опитують, висловлює подібні узагальнюючі судження, потрібно задати їй уточнююче запитання: “Як ви визначили, що це так?”. Здійснюючи опитування, особливо близьких родичів, потрібно пам’ятати про етику взаємин. Неприпустимим є під час опитування звинувачення членів родини, навіть якщо ймовірною причиною суїциду є родинні стосунки. Висновки щодо впливу організації служби на скоєння особою суїциду мають виходити з фактів, а не із суджень опитаних, особливо якщо вони є підлеглими.

Співпрацюючи з офіцером, який дає службову характеристику загиблій особі, необхідно стежити за тим, щоб факт вчинення особою самогубства не впливав на таку характеристику. По можливості слід використовувати службові характеристики, надані за життя загиблого, чи матеріали щорічної атестації.

*II. Проведення безпосередніх зустрічей та опитувань осіб, які знали суїцидента (члени родини, друзі, товариші, колеги, керівники).* Особливу увагу звертати на порівняння спогадів про особу, яка скоїла суїцид, протягом останніх 5 років життя, останнього часу (до 30 діб) та останніх годин життя; визначити наявні зміни в особистому житті та професійній діяльності особистості та зміни її психічного стану. Необхідно звертати увагу на протиріччя наданих описів особи і результатів психодіагностичного обстеження. Крім зовнішньої валідності психологічного дослідження (відповідно, визначення рис особистості, які сприяють/перешкоджають суїцидальній поведінці), таке порівняння може допомогти визначити період, з якого почалися зміни у стані людини, на фоні яких вона скоїла самогубство. Потрібно визначити, які події в житті суїцидента відбулися в цей час чи напередодні, якої сфери вони стосувалися (професійної, побутової, родинних стосунків тощо).

*III. З’ясування причин, умов та обставин самогубства. Класифікування суїциду, психологічний механізм скоєння самогубства.* Розслідування має стосуватися не лише обставин скоєння суїциду, а й визначення причинно-наслідкових зв’язків між характеристиками особи, яка вчинила суїцид, та обставинами її життя, що сприяли/перешкождали суїцидальній поведінці, формуванню суїцидальних намірів, різкому погіршенню психоемоційного стану; визначити безпосередні “провокатори” суїцидальної поведінки, що сприяли реалізації суїцидальних намірів особи, в тому числі і дії інших осіб, які були у безпосередньому оточенні самогубця, були присутні під час спроби. Необхідно визначати не лише засоби, а й мотиви скоєння суїциду. Також необхідно давати оцінку істинності суїцидальних спроб, їх афективності (спонтанності), визначати ймовірність повторних спроб. Підлягають поясненню усі обставини, що стосуються справи. Не можна нехтувати встановленими під час судово-медичної експертизи фактами наявності слідів побиття, отриманих за життя; фактами різкого погіршення психоемоційного стану після повернення військовослужбовця в певний колектив; встановленою обставиною, наприклад, що “командир телефонував військовослужбовцю перед скоєнням ним самогубства, намагаючись з’ясувати деталі його поведінки в стані алкогольного сп’яніння, які стали йому відомі з іншого джерела, і мав приїхати на взводний

опорний пункт для встановлення цих деталей”.

*IV. Аналіз стану організації психопрофілактичної роботи командуванням підрозділу, в якому скоєна надзвичайна подія.* Оцінка задовільності стану психопрофілактичної роботи психолога має враховувати: 1) наскільки типовою (проблеми в родині, гостра стресова реакція (ГСР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), хронічна втома, проблеми адаптації до військового колективу призовників тощо) є причина скоєння суїциду, і чи ведеться планова робота в цьому напрямку з військовослужбовцями частини; 2) наскільки ймовірним було прогнозування суїциду у даної особи (наскільки за даними психологічних обстежень, особливостей поведінки та життєвих обставин суїцидента можна було прогнозувати скоєння суїциду), а також відповідність психопрофілактичної роботи з нею.

Так, недоречними є організаційні висновки щодо неефективності виховної роботи у підрозділі, якщо суїцидальна спроба була вчинена на фоні дебюту (початку) шизофренії.

Незрозумілим є посилення на “перебування військовослужбовця у колі осіб, які були неспроможні вчасно розпізнати різке погіршення психоемоційного стану і надати допомогу”, коли цього військовослужбовця було поміщено у медичну частину після попередньої спроби вчинити суїцид, і стосовно нього є висновок психіатра про “гострий депресивний стан”.

*V. Формулювання висновків службового розслідування за даним фактом, складання довідки за результатами вивчення психологічних аспектів самогубства військовослужбовця НГУ.* Висновки не мають обмежуватися простою констатацією встановлених фактів та закономірностей, вони обов’язково повинні містити інформацію про зв’язок індивідуально-психологічних якостей і станів особистості з подіями, які визначили скоєння суїциду, з фактом його вчинення.

Висновки мають бути на основі матеріалів справи. Поширеною помилкою є абсолютизація однієї з гіпотез щодо мотивів та причин самогубства і штучне підведення усіх матеріалів справи під цю гіпотезу. Необхідно відпрацьовувати всі обставини, які можуть визначати мотиви і причини скоєння суїциду.

Так, у більшості випадків намагаються довести, що самогубство вчинене з причини конфлікту у родині чи ПТСР, вважаючи, що такі висновки є виправдувальними для військової частини. Проте конфлікт в родині найчастіше стає підставою для вчинення самогубства у разі нерозвиненої мотивації професійної діяльності, і це вже недопрацювання офіцерів по роботі з особовим складом. ПТСР зазвичай розвивається після ГСР і дійсно є дуже важким, однак, особа чинить суїцид на фоні ПТСР після більш-менш тривалого періоду страждань, а це упущення психолога, який має періодично проводити моніторинг психічного стану військовослужбовців-учасників бойових дій.

Зазначимо, що в усіх службових розслідуваннях 2014–2016 років, немає жодного доведеного факту наявності у особи ознак ПТСР, хоча це друга за частотою причина вчинення самогубства (після конфліктів у родині), яка була вказана психологічною службою управління по роботі з особовим складом

Головного управління Національної гвардії України.

Крім того, “безпідставна” (на думку особи, яка проводить розслідування) сварка з близькими людьми напередодні загибелі зазвичай є не причиною суїциду, а ознакою зміни стану загиблого. По суті безпідставна сварка є таким самим проявом афективної агресії, що і суїцид, проте, спрямованим назовні, а не на себе.

Якщо факти свідчать, що самогубство пов’язане зі станом фізичного чи психічного здоров’я, що не було виявлено у мобілізованих під час проходження військово-лікарської комісії (ВЛК), то це має бути вказано у висновках і аргументовано.

Так, для багатьох мобілізованих військовослужбовців, які скоїли самогубства, були підстави вважати наявність проблем зі здоров’ям (психічним і соматичним), важливих для класифікації їх суїцидальної поведінки та не зазначених у матеріалах ВЛК, проте, матеріали службового розслідування не дозволили відповідно аргументувати висновок про неналежність даних ВЛК щодо цих військовослужбовців.

*VI. Психологічні рекомендації щодо психопрофілактичної роботи в підрозділі, в якому сталась надзвичайна подія.* Вони мають бути двох рівнів, залежно від близькості оточення суїцидента: 1) загальні психопрофілактичні заходи у підрозділі (лекції психопрофілактичного змісту, моніторинг психічного стану, особистісних характеристик і життєвих обставин військовослужбовців підрозділу для визначення можливої групи ризику скоєння суїциду з урахуванням мотивів і особливостей скоєного суїциду та ін.); 2) психопрофілактичні заходи з військовослужбовцями, які близько знали загиблого чи були свідками суїциду (перша психологічна допомога, за необхідності – більш тривала та інтенсивна психопрофілактична чи психокорекційна робота).

### **Складання психологічного портрета особи, яка скоїла самогубство**

Однією із найпоширеніших помилок при складанні психологічного портрета особи, яка скоїла суїцид, є наявність в описах лише характеристик, що свідчать про можливість вчинення особою суїциду, і разом з тим нехтування наявними у особи антисуїцидальними факторами.

*1. Обставини події: час, місце, спосіб та ін.* Військовослужбовці скоюють суїциди у містах і в години, що дозволяють їм прогнозувати появу сторонніх осіб, які можуть перешкодити реалізації спроби суїциду (якщо звісно його мотивом не є привернення уваги до своїх проблем, викликати співчуття). Так, спроби були вчинені у добових нарядах, під час перебування на посту з охорони об’єкта, на ВОПах (під час патрулювання), у господарській групі, в медичній частині (у вихідні дні), при виконанні індивідуального завдання з обслуговування техніки. При цьому суїцидент самовільно залишав пост або залишався наодинці, виконуючи службово-бойове завдання. Відповідно спроби

суїциду вчинялися вночі або у час планового відпочинку наряду, робочої групи чи у час індивідуального виконання завдання.

Є випадки скоєння суїцидів вдома (мотивами їх скоєння у офіцерів та військовослужбовців військової служби за контрактом були проблеми у родині). Мобілізовані особи, які не пройшли етап психологічної реабілітації (декомпресії) після участі у бойових діях, можуть скоювати суїциди під час короткострокових відпусток вдома.

Місця скоєння суїциду вибирають різні, в тому числі туалет, проте, у більшості випадків у цьому місці усамітнення особу вчасно виявляють і рятують.

Більшість завершених суїцидів серед військовослужбовців НГУ було скоєно з використанням таких підручних засобів, як індивідуальна зброя, акумуляторна рідина чи шляхом самоповішання. Суїциди, скоєні вдома, – самоповішання. Суїцидальні спроби, які не призвели до загибелі, у більшості випадків – це порізи вен на передпліччі та шиї. Проте такий спосіб не є надійним показником скоєння суїциду з метою привернення уваги, за ним можуть слідувати спроби самоповішання. Використання зброї та хімічної рідини не завжди призводить до миттєвої смерті, інколи особа помирає від завданих травм через декілька днів.

Часто вчинення суїциду пов'язане зі зловживанням алкоголем, який може погіршувати наявний стан чи сам спричинювати негативні стани. У людей зі сформованою алкогольною залежністю (а такі були серед мобілізованих) суїцид може бути реакцією на неможливість задовольнити потребу в алкоголі.

2. *Соціально-демографічні відомості про суїцидента.* Такими є: посада, місце роботи, навчання; звання; прізвище, ім'я, по-батькові; дата народження (повністю); з якого часу проходив службу в НГУ; з якого часу обіймає займану посаду; освіта; сімейний стан. Зазвичай цей пункт вважається формальною довідкою, проте, він свідчить про середовище, в якому формувалась особистість суїцидента, його досягнення, тривалість впливів, перспективи тощо.

Переважає більшість військовослужбовців НГУ, які скоїли суїцид, це мобілізовані та військовослужбовці строкової служби. Подекуди вони встигають заключити контракт, що цілком відповідає світовій статистиці. Наприклад, серед американських військовослужбовців також найбільша кількість суїцидентів зафіксована серед осіб, які служили менше ніж термін одного контракту (менше 4 років).

Зазначимо, що серед мобілізованих, в яких під час ВЛК не було виявлено наявних психічних і соматичних захворювань (шизофренія, алкоголізм, нетрадиційна сексуальна орієнтація, депресія, параноя тощо), суїцидальні спроби можуть виникнути вже в перший тиждень перебування у військах.

У молодих військовослужбовців (18–22 роки) строкової служби чи тих, хто заключили контракт або вступили до добровольчих батальйонів, проблеми адаптації можуть перерости у спробу суїциду через 2-3 місяці.



У мобілізованих та осіб, які нещодавно заключили перший контракт, гострі стресові реакції, підсилені алкоголем, можуть стати причиною суїциду через 2-3 тижні після психотравмуючої події.

Статистичних даних, які дозволяють судити про те, який час є критичним для військовослужбовців з ознаками ПТСР, поки що немає.

3. *Склад сім'ї.* Традиційно звертають увагу на повноту батьківської родини, розлучення батьків, ранню смерть батьків, наявність родичів, які здійснили суїцид; наявність членів родини, які є невиліковно хворими; смерть дитини, дружини/чоловіка тощо; наявність дітей та інших членів родини, які потребують піклування (як антисуїцидальний фактор).

4. *Особливості родинних стосунків, зокрема наявність конфліктів у сім'ї, їхні причини і тривалість.*

Проведений аналіз показав, що практично всі військовослужбовці, які вчинили суїцид, мали деструкцію родинних стосунків чи структури родини (крім випадків шизофренії), яка проявлялась у відсутності одного з батьків; ненависті до біологічного батька і прагненні змінити прізвище на фоні авторитарності вітчима; тяжкій хворобі одного із батьків; інвалідності одного з батьків; наявності у родині засудженого; конфлікті з родиною через алкоголізм самого суїцидента; наявності коханки; проблемах в інтимній сфері; втручанні в родинні стосунки теці тощо.

У більшості людей, в тому числі військовослужбовців, психологічні ресурси стійкості до стресу розподілені між сферою родинних стосунків і професійною діяльністю, тому криза в одній сфері та одночасний дефект розвитку іншої може вести до сприйняття проблеми як глобальної, нездоланної і як наслідок – до скоєння суїциду.

Таким чином, суїцид у військовослужбовців стає достатньо ймовірним, коли серйозні родинні проблеми існують на фоні незначимості мотивації професійної діяльності (низької цінності професійної діяльності, стосунків у колективі тощо). І навпаки, особи, які мають значні проблеми в професійній сфері (страх покарання через недоліки або зловживання в професійній сфері, виконання СБЗ в екстремальних умовах тощо) і не мають підтримки з боку родини через її слабкість (хвороба, інвалідність, малолітство, бідність тощо) та ті, кого не приймає колектив (конфлікти), також мають високу ймовірність вчинення суїциду.

5. *Побутові умови.* Особливу увагу мають привертати обставини, які є непереборними, чи вважаються особою непереборними – відсутність власного житла (особливо якщо родина велика чи її члени мають особливі потреби), велика заборгованість банковим установам, пресинг банкових установ, негайна потреба у великих сумах на лікування членів родини, особливо дітей, дружини або чоловіка, батьків тощо.

У військовослужбовців військової служби за контрактом, які вчинили суїцид, було встановлено наявність побутових проблем, пов'язаних з відсутністю власного житла, заборгованістю банку.

У військовослужбовців за мобілізацією, які вчинили суїцид, були визначені побутові проблеми, пов'язані з наявністю великої заборгованості банку, потребою великої суми грошей на лікування члена родини, відсутністю у цивільному житті постійної роботи (рідкі, але значні заробітки).

У військовослужбовців строкової служби – безробітні батьки, батьки, які працюють у бюджетних сферах (медична сестра, тренер), чи батьки-пенсіонери.

Зазначимо, що самі по собі фінансові проблеми не є мотивом вчинення суїциду (відповідно висновок службового розслідування, що єдиною причиною самогубства військовослужбовця є фінансові труднощі, не можна вважати достатньо обґрунтованим). Так, мінова сутність грошей достатньо часто робить їх інструментом задоволення більшості потреб особистості, саме через це фінансові проблеми можуть сприйматися як потенційна фрустрація усіх потреб особистості, як безперспективність подальшого життя. Такий висновок про глобальність своїх проблем через тимчасові фінансові труднощі робить особа зі зниженим рівнем інтелекту, з відповідними особливостями термінальних та інструментальних цінностей тощо чи особа, яку “ввігнали в афект” з приводу її фінансових проблем (наприклад, постійними дзвінками з банку), і яка через “включеність” в ситуацію перестала бачити можливі альтернативи розв'язання проблеми.

*6. Характеристика морально-ділових якостей суїцидента за період навчання за даними службових характеристик та атестацій.*

Дані періодичної атестації є непрямим свідченням динаміки мотивації професійної діяльності, вони дозволяють визначити період, з якого відбулось погіршення ставлення до своєї професії, розчарування тощо. Проте, зазвичай, такий аналіз можливий лише для офіцерів.

Для інших категорій військовослужбовців показовим є порівняння характеристик, наданих у період навчання, з характеристиками, отриманими у наступні періоди служби.

*7. Наявність з боку суїцидента серйозних дисциплінарних проступків, правопорушень, порушень відомчих наказів та інструкцій, законності, зокрема корупційних проявів, що могли сприяти скоєнню самогубства.*

Аналіз службових розслідувань засвідчив, що майже п'ята частина осіб, які скоїли самогубство, мають в анамнезі дисциплінарні стягнення, правопорушення, порушення наказів, інструкцій, законності.

Крім того, як показують дані наступного пункту, ще у частини військовослужбовців діагностовано низьку нормативність поведінки як психологічну рису, прояв якої у зовнішній поведінці не завжди сягав рівня порушення нормативно закріплених правил.

*8. Характеристика особистості суїцидента.*

Рівень інтелекту.

Провідні психологічні риси, якості та особливості.

Стиль поведінки та спілкування.

Вразливість до стресових чинників.

Спрямованість особистості, особливості інтелекту та емоційної сфери, взаємодія з іншими людьми.

Тип реагування на невдачі, толерантність до невизначеності.

Вольові риси.

Провідні мотиви.

Схильність до домінування, підпорядкованості.

Особистісні цінності та переконання.

Тип референтної групи і належність до певної субкультури, здатність до лідерства, активність, агресивність тощо.

Особливості міжособистісних стосунків у колективі, зокрема наявність конфліктів на службі, їхня інтенсивність, причини, обставини виникнення.

Особливості міжособистісних стосунків з друзями, товаришами.

Наявність суїцидальних намірів.

Зазначені характеристики особистості визначає психолог не лише за даними психодіагностичних методик, а й за даними опитувань, службових характеристик, атестацій тощо.

Психолог має звертати увагу на невідповідності даних психодіагностичних методик і наданих описів особи. Якщо така невідповідність стосується характеристик загиблого у предсуїцидальний період, то це може свідчити про зміни стану загиблого.

Аналізуючи справи, достатньо часто маємо поєднання товариськості, відвертості (за даними Р. Кеттелла) і замкнутості, відлюдкуватості за даними службових характеристик, наданих командирами, які мали змогу спостерігати загиблого лише протягом одного-двох місяців до скоєння суїциду.

Інтерпретуючи дані, психолог має враховувати специфіку вибірки військовослужбовців. Так, зниження антисуїцидального фактора за методикою О. Шмельова є типовим для військовослужбовців, адже боязнь болі їм не притаманна. Достатньо показовим, за даними службових розслідувань, виявився фактор “соціальний песимізм”, він діагностувався у більшості загиблих, до яких застосовували дану методику.

Складним є питання вольових рис як антисуїцидального фактора. У переважній більшості військовослужбовців (без урахування мобілізованих і військовослужбовців строкової служби) вольові риси були розвинені вище середнього. Саме вольове зусилля забезпечує перехід від вольових намірів до суїцидальної спроби. Аналіз службових розслідувань дозволяє припустити, що лише воля заснована на мотивації обов’язку (інтеріоризації норм суспільства) та є антисуїцидальним фактором. Інші види волі (наприклад та, що заснована на фізичній витривалості) не мають такої стримуючої сили. Серед мобілізованих, які вчинили суїцид, були особи, що серйозно займалися спортом.

Більшість загиблих, які за життя проходили методику Р. Кеттелла, хоча і могли характеризуватися за нею як “товариські, емоційно стійкі, слухняні і терпимі”, мали низькі показники за фактором “G” (низька – висока нормативність поведінки), тобто такі, що “потурають своїм бажанням, не

докладають зусиль до виконання групових вимог і норм; можуть проявляти імпульсивність, відсутність згоди із загальноприйнятими моральними правилами та стандартами, гнучкість по відношенню до соціальних норм, свобода від їх впливу”.

Близько 20 % загиблих мали знижені інтелект чи здатність вирішувати проблемні ситуації.

Проблемним виявилось питання використання методики “Прогноз”, за якою у переважній більшості загиблих, які її проходили за життя, було визначено першу групу нервово-психічної стійкості.

Більш коректні дані дає методика “Адаптивність”, за якою у переважній більшості випадків діагностувалася задовільна адаптація, яка характеризується наявністю акцентуацій, що негативно проявляються при зміні діяльності, та невисокою емоційною і нервово-психічною стійкістю. Особи з такими показниками адаптації потребують постійного контролю.

Отримані результати не можна визначити як статистично достовірні через те, що більшість військовослужбовців, які вчинили самогубство, належать до категорії мобілізованих чи військовослужбовців строкової служби, і психолог не завжди встигає провести розгорнуте психодіагностичне обстеження. Поодинокі результати таких обстежень не можуть бути підставою для встановлення статистично достовірних закономірностей.

*9. Наявність у житті суїцидента психотравмуючих подій.*

Смерть рідних або друзів.

Розрив подружніх або любовних взаємин.

Перенесення важких хвороб або отримання поранень.

Діяльність в екстремальних умовах (у тому числі виконання службово-бойових завдань у зоні ООС).

Перебування у полоні.

Згвалтування (чи реальна загроза згвалтування).

Виконання службово-бойових завдань, пов'язаних зі спостереженням страждань поранених військовослужбовців чи пошматованих тіл загиблих (наприклад, при їх вивезенні із зони ООС чи вилучення із тимчасових поховань).

Великі боргові зобов'язання.

Побоювання кримінальної відповідальності.

Руйнування світоглядних цінностей (у тому числі уявлень про свій професійний обов'язок і гідність внаслідок організованого цькування журналістами, штучно сформованої “суспільної думки” в місцях виконання службово-бойових завдань та інших видів негативного інформаційно-психологічного впливу протидіючої сторони).

Застосування зброї.

Втрата роботи.

Засудження поведінки військовослужбовця військовим колективом (бойкот чи інші варіанти “виховного” впливу колективу).

Нестатутні взаємини, що стали причиною фізичних та моральних страждань, фрустрації гідності.

Інші події.

За результатами аналізу проведених службових розслідувань найбільш поширеною причиною є розрив подружніх або любовних взаємин. Перше є більш характерним для військовослужбовців військової служби за контрактом, друге – для молодих (до 22 років) військовослужбовців строкової служби чи служби за контрактом.

Серед мобілізованих (у тому числі тих, хто сам прийняв рішення служити у добровольчому батальйоні) найпоширенішою причиною суїциду є виконання службово-бойових завдань в зоні ООС. У матеріалах службового розслідування з такими посиленнями мають висвітлюватися питання стану заходів у військовій частині щодо психологічної підготовки до дій в екстремальних умовах, декомпресії, психологічної допомоги у випадках ГСР тощо.

У матеріалах службових розслідувань не поодинокими є випадки прагнення за допомогою суїциду уникнути покарання, проте, мова не завжди йде про уникнення покарання за серйозні правопорушення та уникнення кримінальної відповідальності. Наприклад, під впливом алкоголю ріжуть собі вени особи, яким загрожує дисциплінарна чи адміністративна відповідальність за вживання алкоголю або особи, яким загрожує “суспільне осудження” за неналежну поведінку при так званому вихованні колективом (звісно, що це є випадки інфантильної поведінки молодих військовослужбовців).

У розслідуваннях суїцидів, скоєних за 2014–2016 роки, є вказівки на те, що військовослужбовці, які вчинили самогубство, мали великі боргові зобов'язання (і їм постійно телефонували із банку), тривалий час відчували фізичний біль чи розчарувалися у своєму виборі проходити службу в батальйоні.

*10. Стан здоров'я за результатами проходження медичних оглядів та результатами звернень до лікувальних закладів (як відомчих, так і позавідомчих).*

Вживання наркотичних речовин.

Вживання спиртних напоїв.

Ознаки психічних розладів або суїцидальних тенденцій.

Причини, зміст і результати надання психологічної чи психіатричної допомоги.

Серйозні соматичні захворювання.

У третині матеріалів службових розслідувань за 2014–2016 роки є висновок про наявність алкоголю в крові загиблого.

Не було ні одного запиту на експертизу щодо наявності в крові загиблого наркотичних речовин, хоча підстави підозрювати стан наркотичного сп'яніння були.

У матеріалах службових розслідувань є посилення на шизофренію, депресію, алкоголізм, параною, марення у осіб, які вчинили суїцид, проте, достовірними є висновки лише про шизофренію та депресію.

В одному випадку суїцидальна спроба була повторною. Ще в одному випадку військовослужбовець тривалий час виказував наміри здійснити суїцид та проходив лікування з приводу тривалого соматичного болю.

У матеріалах розслідувань немає жодного посилання на звернення військовослужбовців за психологічною та психіатричною допомогою. Один військовослужбовець відмовився від психологічної допомоги через проблеми в родині. Ще один після вмовлянь підписав добровільну згоду на стаціонарне лікування в психіатричному диспансері з приводу спроби суїциду, але вже наступного дня вчинив повторну спробу.

*11. Ймовірність стороннього впливу.*

Область інтимних стосунків.

Релігійні вірування та політичні переконання.

Впливові значимі особи в оточенні.

Вплив з боку криміналітету, зокрема у зв'язку з виконанням службових обов'язків.

Єдиним фактом впливу, а точніше емоційної залежності, який вдалося виявити в службових розслідуваннях суїцидальних спроб за 2014–2016 роки, є факт вчинення самогубства військовослужбовцем через розрив з дівчиною, з якою у нього були ранні тривалі сексуальні стосунки (початок стосунків у 16-17 років).

*12. Успішність діяльності.*

Отримання заохочень.

Отримання стягнень, їх причини.

Результати службово-бойової діяльності.

Можливості для подальшого кар'єрного зростання тощо.

У матеріалах за 2014–2016 роки маємо одне посилання на те, що причиною суїцидальної спроби є незадоволеність керівництва роботою офіцера.

Як вже вказувалось, у всіх матеріалах розслідувань, де є посилання на вчинення суїциду через проблеми в родині, має бути доведено, що ця сфера самореалізації є для людини найважливішою і самореалізація у професійній сфері не може компенсувати кризу, яка виникла в родинній сфері.

Сучасними психологічними дослідженнями встановлено, що копінг уникнення, який проявляється у відсутності зайвого зав'язання при виконанні службово-бойових завдань, має ресурсні зв'язки з ПТСР, отже, з суїцидальною поведінкою. Тобто пункт “успішність діяльності” є достатньо спірним для пояснення суїцидальної поведінки.

*13. Аналіз періоду життя безпосередньо перед вчиненням суїциду.*

Стан особи протягом останнього місяця життя (зміни, які відбулися у стані особи порівняно з усім життям).

Події, що відбулися в житті особи, у період, з яким пов'язана зміна стану.

Стан особи безпосередньо перед вчиненням самогубства (в тому числі і стан втоми, виснаження).

Обставини вчинення самогубства.

Треба пам'ятати, що між травмуючою подією і змінами стану та дезадаптивними проявами може бути тривалий (до 6 місяців) латентний період.

Крім того, не завжди події, що передують змінам стану, пов'язані з ним причинно-наслідковими зв'язками.

Як вже вказувалось, в наданих для аналізу матеріалах службових розслідувань є посилання на те, що участь у бойових діях призвела до формування суїцидальних намірів, які були реалізовані на фоні тривалого (тиждень поспіль) вживання алкоголю.

У матеріалах справ часто є посилання на те, що особа тривалий час переживала депресію; поведінка особи не відповідала її типу особистості (наприклад, особа з гіпертимним типом акцентуації протягом останніх місяців життя була замкнутою, уникала спілкування); особа, яка не мала залежності перед самогубством, декілька днів поспіль вживала алкоголь і т. д. При опитуванні слідча група не намагалась з'ясувати, які події передували таким змінам стану загиблого, що могло стати мотивом і причиною самогубства.

У матеріалах деяких справ аргументовано доводиться, що загиблій об'єктивно переживав фізичну втому (слідча група наводить дані розкладу чергувань), проте, незайвими були б свідчення співслужбовців чи родичів, які б довели суб'єктивну важкість цього стану для загиблого (його скарги на втому, на нездатність далі витримувати такі навантаження тощо).

#### *14. Висновок.*

Найбільш ймовірні мотиви скоєння самогубства.

Безпосередні причини і умови, що сприяли скоєнню (спробі) самогубства.

Риси особистості, які, резонуючи з життєвими обставинами, призвели до формування суїцидальних намірів, та безпосередні умови, які визначили формування стану, сприятливого для реалізації цих намірів.

Формулюючи висновки, потрібно завжди пам'ятати, що мотиви, причини і способи скоєння самогубства мають відповідати особистості загиблого, саме для цього розробляється психологічний портрет. Особа чинить самогубство через те, що дійсно є важливим для неї. Її ставлення до болю, до оточення позначається на способах скоєння суїциду.

## **Рекомендації командуванню підрозділів Національної гвардії України щодо профілактики конфліктів у військових колективах**

Конфліктна ситуація набуває характер небезпечної, коли військовослужбовець НГУ усвідомлює її як дуже значущу, гранично складну, а свої можливості – як недостатні для її подолання, переживаючи при цьому почуття безнадії та вибираючи суїцидальні дії як єдино можливий для себе вихід.

З урахуванням специфіки службово-бойової діяльності військовослужбовців НГУ можливо виділити чотири основні групи конфліктів, які можуть призводити до суїцидального ризику.

### *1. Конфлікти, обумовлені специфікою службово-бойової діяльності:*

- індивідуальні труднощі адаптації молодого військовослужбовця (фахівця) до нових умов службово-бойової діяльності;
- труднощі або негативні результати виконання конкретного службово-бойового завдання;
- міжособистісні конфлікти з іншими військовослужбовцями колективу;
- службові та міжособистісні конфлікти в сфері “керівник – підлеглий”.

### *2. Конфлікти, обумовлені специфікою особистісно-сімейних (родинних) взаємин:*

- нерозділене кохання, зрада коханої людини, розлучення;
- важка хвороба або смерть близьких;
- інтимно-сексуальні конфлікти.

### *3. Конфлікти, пов’язані з антисоціальною поведінкою:*

- побоювання кримінальної (карної) відповідальності;
- страх ганьби через антисоціальний вчинок, втрата авторитету серед колег, загроза соціальному статусу, престижу.

### *4. Конфлікти, пов’язані зі станом здоров’я:*

- хронічні, соматичні захворювання;
- фізичні недоліки (дефекти мовлення, особливості зовнішності, що, можливо, суб’єктивно сприймаються як недоліки).

Слід пам’ятати, що психологічний клімат у підрозділі суттєво залежить від керівника, його індивідуально-особистісних якостей, навичок роботи з людьми, здатності ефективно управляти підлеглими, раціонально використовувати їх робочий час, рівномірно розподіляти службове навантаження, використовувати позитивні якості та досвід військовослужбовців для підвищення результативності діяльності колективу в цілому.

Тому керівникам важливо навчитися уникати конфліктів, а у випадку їх виникнення, проводити вірний аналіз конфліктних ситуацій, знаходити конструктивні виходи з них, відпрацьовувати відповідний стиль поведінки в конкретних випадках, оволодівати навичками саморегуляції негативних емоційних проявів та станів.



Необхідно уникати помилкових дій в управлінні колективом, не допускати порушень трудового законодавства, службової етики, несправедливих оцінок діяльності колективу, уникати загальної критики його діяльності. Кожен військовослужбовець має знати свій професійний статус серед колег. Конструктивна критика недоліків службово-бойової діяльності одного військовослужбовця та об'єктивна позитивна оцінка результатів роботи іншого здатна створити у колективі здорову атмосферу професійного (службово-бойового) суперництва.

**Пам'ятайте**, нераціональне використання робочого часу підлеглих та авральний стиль управління колективом призводить:

- до нервозної атмосфери у стосунках в колективі;
- психологічного, емоційного, фізичного виснаження та втоми військовослужбовців і навіть до погіршення їх стану здоров'я (у зв'язку з чим збільшується час, необхідний для відновлення фізіологічних ресурсів організму);
- зниження працездатності окремих військовослужбовців та ефективності діяльності колективу в цілому.

Постійна зайнятість службовими обов'язками негативно відображається на особистому житті військовослужбовців, створює передумови виникнення конфліктів та непорозуміння з близькими.

### **Намагайтесь уникати**

#### **1. Порушення трудового законодавства:**

- порушення конституційного права людини на відпочинок (свабільне зменшення кількості святкових та вихідних днів, не викликане реальною службовою необхідністю, залучення військовослужбовця до виконання службових обов'язків відразу після добового наряду без надання йому відпочинку тощо);
- свавілля командування щодо встановлення тривалості робочого дня, затримання військовослужбовців після робочого дня без нагальної необхідності, створення аврального режиму праці (збір, наради, роздавання доручень, які можливо було виконати протягом робочого дня, наприкінці або після його закінчення);
- порушення порядку приймання посади чи переміщення на іншу посаду або звільнення військовослужбовців.

#### **2. Порушення службової етики:**

- приниження гідності людини;
- грубість, неповага до підлеглих, зверхність;
- порушення прав підлеглих;
- приховування необхідної інформації, що викликає у підлеглих стан невизначеності;
- обман підлеглих (явний або прихований);
- недотримання слова, невиконання обіцянок;

- нетерпимість до думок підлеглих, утиск критики на власну адресу та навпаки – жорстка, часто необґрунтована критика підлеглих;
- зловживання службовим становищем (нав'язування позаслужбових доручень).

3. Несправедливого оцінювання командиром своїх підлеглих:

- помилки і зловживання у застосуванні заохочень та покарань;
- неналежний, нерівномірний розподіл обсягу роботи між підлеглими;
- встановлення премії не за “трудовим внеском”;
- запрошення на більш високу керівну посаду в підрозділі військовослужбовця зі сторони, коли є достойні кандидати у своєму колективі;
- упереджене ставлення до підлеглого;
- несправедлива або неконструктивна критика особистості підлеглого.

### **Загальна логіка аналізу конфліктної ситуації**

*1 крок.* Визначте всіх учасників ситуації, їх статус, інтереси, позиції, повноваження, можливості впливу на інших учасників та саму ситуацію.

*2 крок.* Визначте єдиний критерій оцінки, виходячи із об'єктивних (наприклад, термін виконання завдання) та суб'єктивних (інтереси головного діючого учасника) обмежень.

*3 крок.* З точки зору командира визначте ресурс управління учасниками ситуації, заходи впливу.

*4 крок.* Оцініть кожний можливий варіант дій з погляду на наслідки для індивідуальної, групової та організаційної ефективності. При цьому враховуйте таке:

- розширення кількості учасників ситуації лише поглиблює та розвиває її;
- силове управління ситуацією не вирішує, а заганняє її вглиб; конфлікт перетворюється на прихований; від цього ситуація стає ще більш небезпечною;
- успішно та справедливо вирішена ситуація допомагає учасникам усвідомити задоволення їх інтересів, підвищити ефективність діяльності колективу в цілому.

## Тези лекцій з попередження суїцидальної поведінки у підрозділах і військових частинах Національної гвардії України

Наведені тези лекцій містять матеріали 4-х послідовних занять.

Заняття № 1 (для всього особового складу). Весь особовий склад проходить підготовку і навчається ефективного виявленню осіб з суїцидальними тенденціями шляхом отримання знань про попереджуючі ознаки, що поглиблюють фактори самогубства і симптоми депресії. Крім того, слухачі знайомляться з існуючими в суспільстві міфами (забобонами) про самогубство, які утримують людей від правильних превентивних дій.

Заняття № 2 (для офіцерів і молодшого командного складу). Офіцери та молодший командний склад – особи, до яких військовослужбовці можуть звертатися за допомогою самі або направляти інших, – навчаються і здобувають знання про суїцидальну поведінку, щоб зуміти за необхідності забезпечити ефективну допомогу особам з суїцидальними тенденціями.

Заняття № 3 (для заступників командирів військових частин по роботі з особовим складом, психологів, медичних працівників). Офіційні відповідальні особи набувають навички оцінювання суїцидального ризику і навчаються приймати правильні рішення про направлення людини до фахівців для надання психологічної або медичної допомоги.

Заняття № 4 (для заступників командирів військових частин по роботі з особовим складом, психологів, медичних працівників) – підвищений рівень підготовки. Офіційні відповідальні особи отримують відомості про політику та правила оцінювання суїцидального ризику в військових колективах (на прикладі армії США) і опановують вміннями здійснювати спеціалізоване оцінювання суїцидального ризику.

### Заняття № 1 (для всього особового складу)

**Тема.** Превенція самогубств: виявлення осіб з суїцидальними нахилами.

**Цільова аудиторія:** весь особовий склад.

**Завдання.** Допомога у виявленні військовослужбовців з суїцидальними тенденціями, які потребують допомоги відповідних інстанцій, прийняття необхідних заходів превенції і напрямку. Підтримка відповідних позитивних дій.

**Практичні навчальні цілі, у результаті досягнення яких учасники набувають вміння:**

- 1) розуміти моделі виникнення суїциду;
- 2) відповідати на загальні питання про самогубство;
- 3) виявляти пускові чинники самогубства;
- 4) виявляти симптоми депресії;
- 5) виявляти і критикувати міфи, що стосуються самогубства;
- 6) виявляти попереджувальні ознаки самогубства;

7) уживати відповідні дії по відношенню до осіб з групи ризику;

**Методика проведення заняття:** семінар, бесіда, конференція.

*Примітки для викладача.*

Пам'ятайте про те, що розмова на емоційно значущу тему вимагає дбайливого і чуйного підходу. Слід враховувати, що аудиторія зазвичай включає осіб, які мали певне відношення до самогубства, а деякі слухачі, можливо, серйозно обмірковували самогубство або робили суїцидальні спроби. Тому дану тему необхідно обговорювати, проявляючи дбайливе, співчутливе ставлення до слухачів. Крім того, дане заняття повинно спонукати військовослужбовців підрозділу до прояву турботи про добробут своїх друзів, близьких і товаришів по службі. Ще одне завдання викладача полягає в створенні у слухачів установки на надію і можливість позитивних змін.

Задаючи питання, присвятіть певний час тому, щоб отримати відповіді від слухачів перш ніж продовжити заняття.

Не забудьте попередньо ознайомити аудиторію з основними пунктами плану заняття.

У ході цього заняття ми розглянемо такі питання.

1. Поняття про самогубство та обов'язки відповідальних осіб щодо запобігання йому.

2. Що таке самогубство?

3. Навіщо нам потрібні знання про самогубство?

4. З якої причини люди здійснюють самогубство?

5. Деякі стресові ситуації, які посилюють суїцидальні почуття у військовослужбовців.

6. Депресія і безнадія, їх характерні прояви.

7. Хибні уявлення (міфи) і факти про самогубство.

8. Як можна дізнатися, що людина думає про вчинення самогубства?

9. Правила надання допомоги особі з суїцидальними тенденціями.

## **Вступ**

Самогубство є вельми неприємною темою для розмови. Воно є запереченням самозбереження – основної потреби людини, і суперечить визнанню людського життя як найвищої цінності – принципу, закладеному в нашій демократичній і соціальній етиці. Воно завдає тяжкого удару по властивим нам моральним і етичним принципам.

Люди зазвичай відчують певний страх, ворожість та огиду, коли думають про самогубство. Ті, хто накладають на себе руки, нерідко сприймаються іншими як ненормальні або психічно хворі. Ми звикли сприймати самогубство як найбільш шокуючу, огидну і неприйнятну з усіх причин смерть. Одним з наслідків таких реакцій є тенденція до ігнорування, суїцидальних погроз або поведінки, оскільки оточуючим здається, що людина “лише намагається маніпулювати обставинами служби”. Більшість військовослужбовців

з суїцидальними тенденціями дійсно висловлюють думку, що вирішити їх проблеми можливо тільки шляхом звільнення з військ. Тому пред'явлення суїцидальної загрози нерідко розцінюється як один із способів маніпуляції системою служби в НГУ з метою звільнення в запас. Однак у кожному конкретному випадку буває важко розрізнити, чи є дана загроза маніпулятивною заявою або ж попередженням про реальні наміри.

Деякі люди можуть назвати людину з подібними тенденціями “ледачою”; за певних обставин суїцидальна поведінка може розцінюватися як порушення військового обов'язку.

Людина, яка надає допомогу, не повинна забувати, що навіть якщо суїцидальні висловлювання і є маніпуляцією, вона може виявитися останнім засобом у спробах знайти вихід, звільнитися від пережитого душевного болю. Для того, хто надає допомогу, буває абсолютно необхідно вийти за межі припущень про можливу маніпуляцію і спробувати зрозуміти зусилля, прикладені людиною для подолання важких життєвих обставин.

### **1. Поняття про самогубство та обов'язки відповідальних осіб щодо запобігання йому**

Щоб зрозуміти обов'язки відповідальної особи (людини, якій обставини, займана посада дають можливість виявити суїцидальну поведінку і надати першу допомогу), а також обов'язки щодо запобігання самогубству, покладені на будь-якого військовослужбовця, будь-то рядовий, сержант чи офіцер, необхідні загальні знання і поінформованість про те, як саме відбувається самогубство. Коли внутрішні і зовнішні захисні чинники виявляються недостатніми для запобігання суїцидальним думкам і поведінці, зростає роль інших військовослужбовців у наданні допомоги.

Слід зазначити, що будь-яка стресова подія, якою б незначною вона не здавалася, може бути пусковим фактором для зміни настрою. Цей момент зміни настрою є критичним для втручання в ситуацію (інтервенція). Наявність підтримки та обмеження доступу до знарядь самогубства є ключовими для запобігання смерті. Якщо товариш по службі помітить у людини критичну зміну настрою, а працівник медичної або психологічної служби гарантує йому безпеку, то життя буде врятовано. Наступні питання, що стосуються самогубства, і відповіді на них допоможуть визначити критичні моменти, в які необхідна інтервенція (допомога).

### **2. Що таке самогубство?**

Можна сказати, що самогубство – це навмисне припинення власного життя. Проблема суїциду включає в себе:

- серйозні суїцидальні думки або загрози;
- саморуйнівальні дії;
- спроби завдати собі шкоди, але не вбити себе;
- спроби здійснення самогубства;
- завершене самогубство.

### **3. Навіщо нам потрібні знання про самогубство?**

Будь-яка людина може опинитися в ситуації, коли їй доведеться рятувати життя людини, яка думає про самогубство. У більшості випадків суїцидальна активність спричинена реакцією на сильні, інтенсивні почуття самотності, самознищення, безпорадності і пригніченості (депресії). Люди, які загрожують самогубством або демонструють суїцидальні спроби, нерідко намагаються висловити ці почуття, повідомити про них іншим, попросити про допомогу. Якщо для людей, які переживають ці почуття, в потрібний момент виявляється доступною допомога, то багато суїцидальних спроб можна запобігти.

### **4. З якої причини люди здійснюють самогубство?**

Чому люди накладають на себе руки? Душевний біль (нестерпний психічний біль) є основним інгредієнтом самогубства. Воно надзвичайно рідко є результатом радості і щастя. Навпаки, до нього приводять негативні емоції. Іншими словами, смерть від самогубства часто можна вважати втечею від болю.

Психічний біль – це біль, що спричинений надмірно інтенсивними почуттями сорому, провини, страху, тривоги, самотності, біль від старості чи загрози невідвортної смерті.

Щоб зрозуміти феномен самогубства, нам необхідно розуміти страждання і психічну біль іншої людини. Люди, які вчиняють самогубство, відчувають, що змушені зважитися на цей крок. Вони вважають, що суїцид є для них єдиним виходом в ситуації, що створилася.

Головним джерелом сильного психічного болю є фрустрація психологічних потреб: потреб в успіху, досягненні, в приналежності до групи, в самозбереженні, в любові і визнанні; в розумінні того, що відбувається.

Здійснюючи самогубство, людина намагається заглушити психічний біль, що породжується незадоволенням або фрустрацією життєво важливих для неї психологічних потреб. Для практичних цілей, залежно від психологічних потреб, більшість самогубств можна розділити на чотири категорії. Вони відображають різні види психічного болю (наприклад, викликані незадоволенням потреби в любові, визнанні, приналежності до групи).

1. Недостатність контролю, пов'язана з потребами в досягненні, порядку і розумінням ситуації.

2. Проблеми образу свого “Я”, пов'язані з фрустрацією потреби в приналежності.

3. Проблеми ключових взаємин, пов'язані з переживаннями горя і втрат.

4. Надмірний гнів, лютя, ворожість.

### **5. Деякі стресові ситуації, які посилюють суїцидальні почуття у військовослужбовців**

Було виявлено, що певні події можуть слугувати пусковими факторами для самогубства у вразливих людей. Вони не є причинами суїциду. Скоріше це події, що відбуваються безпосередньо перед вчиненням суїцидальної спроби або

самогубства. Як остання крапля, що переповнює чашу, ці чинники підштовхують людину, вони є вразливими внаслідок психічного розладу, особистісних особливостей, стилю подолання труднощів або накопичення життєвих стресів до замаху на своє життя. Такими є:

- негативна оцінка, дана військовослужбовцю строкової служби або відповідний рапорт (характеристика) на офіцера;
- розрив близьких стосунків (наприклад, розлучення або конфлікт з партнером);
- зловживання наркотичними речовинами або алкоголем;
- розлука зі старими друзями;
- перебування на самоті, наодинці із заворушеннями і переживаннями, що стосуються себе або сім'ї;
- фінансові труднощі;
- нові призначення по службі;
- переживання, пов'язані з недавньою втратою близької людини (наприклад, у зв'язку з її смертю);
- втрата поваги до себе або зниження свого суспільного стану;
- переживання, пов'язані з приниженням (нестатутні взаємини);
- ситуація відмови (наприклад, у прийомі на роботу, в підвищенні по службі, у стосунках з коханою);
- дисциплінарне або юридичне стягнення;
- самогубство члена сім'ї;
- виписування з лікувального закладу після закінчення лікування, що тягне за собою можливі зміни по службі, звільнення в запас;
- вихід на пенсію.

## **6. Депресія і безнадія, їх характерні прояви**

Результатом перебування в стресовій ситуації можуть стати депресія і безнадія. Перша може бути наслідком особистої втрати, спадкової схильності або біохімічних змін в організмі. Людині, яка переживає депресію і безнадійність, життя уявляється нестерпним, вона втрачає будь-який інтерес до будь-якої діяльності і замикається в собі. Люди в стані депресії все бачать в похмурих фарбах, їм дуже важко знайти ефективні способи вирішення життєвих проблем.

Безнадія є проблемою духовною, міжособистісною і психологічною. Вона виникає внаслідок відчуття роз'єднаності. Між депресією, безнадією і самогубством існує тісний взаємозв'язок, тому ми розглянемо симптоми безнадійності і депресії.

Безнадія:

- переконаність, що всі ресурси вже вичерпані;
- відчуття, що нікому немає діла до ваших проблем;
- переконаність, що світ стане тільки краще без вас;
- повна втрата контролю над собою та іншими;
- переконаність, що смерть є єдиним способом позбавлення від болю.

Депресія:

- труднощі в зосередженні уваги і запам'ятовуванні;
- зниження рівня уваги або здатності ясно мислити, які проявляються, наприклад, в нерішучості;
- втрата інтересу або здатності отримувати задоволення від приємних раніше видів діяльності;
- зниження енергетичного потенціалу, хронічне відчуття втоми, уповільнення мови і темпу м'язових рухів;
- зниження працездатності або ефективності діяльності;
- відчуття своєї неадекватності або нікчемності, зниження самооцінки;
- зміна характеру сну; безсоння або постійна сонливість;
- песимістичне ставлення до майбутнього; негативна оцінка минулого;
- нездатність проявляти задоволення, отримуючи похвалу чи нагороду;
- сльозливість або плач;
- зміни ваги тіла, погіршення апетиту зі зниженням ваги або, навпаки, збільшення ваги тіла;
- думки про смерть або самогубство, що повторюються;
- зниження статевого потягу;
- тривога.

## 7. Хибні уявлення (міфи) і факти про самогубство

Важливо знати існуючі міфи, що стосуються самогубства, і реальні факти про нього, оскільки вони можуть впливати на ставлення оточуючих до осіб з суїцидальними тенденціями та на їх дії з надання допомоги. Багато міфів є підставою для раціоналізації, яка здатна утримувати людей від прийняття дієвих заходів стосовно людини, у якої є ризик скоєння суїциду.

**Міф.** Більшість самогубств скоюють майже або зовсім без попередження.

**Раціоналізація.** Оскільки про самогубство заздалегідь нікому невідомо, то і неможливо нічого зробити для його запобігання.

**Факт.** Більшість людей подають попереджувальні сигнали про те, яким чином вони реагують або які почуття переживають у зв'язку з подіями, що підштовхують їх до самогубства. Ці попереджувальні сигнали (або заклики до оточуючих за допомогою) можуть подаватися людиною у формі прямих висловлювань, фізичних (соматичних або тілесних) ознак, емоційних реакцій або поведінкових проявів. Вони повідомляють про можливість того, що самогубство може бути вибрано як засіб для позбавлення від болю, зниження напруги, збереження контролю або подолання втрати.

**Міф.** Не слід говорити про самогубство з людиною, схильною, на вашу думку, до суїцидального ризику, оскільки таким чином можна подати їй ідею про вчинення подібної дії.

**Раціоналізація.** Найкраще просто повністю уникати цієї теми.

**Факт.** Бесіда про самогубство не породжує і не збільшує ризику його здійснення. Навпаки, вона знижує цей ризик. Кращий спосіб виявлення суїцидальних намірів – це пряме запитання про них. Відкрита розмова з виразом



щирої турботи і занепокоєння, викликаного наявністю у людини думок про самогубство, для неї є джерелом полегшення і нерідко одним з ключових елементів запобігання безпосередній небезпеці скоєння самогубства. Уникнення в бесіді теми самогубства може стати додатковою причиною його здійснення. Ризик збільшується, оскільки, спробувавши обговорити цю тему в розмові з одним співрозмовником і отримавши відмову, людина відчує себе ще більш самотньою і проявить надалі ще менше енергії в пошуках іншої людини, здатної їй допомогти.

**Міф.** Якщо людина говорить про самогубство, то вона його не скоїть.

**Раціоналізація.** Не потрібно мати ніяких справ з людьми, які говорять про самогубство.

**Факт.** Люди, які роблять замах на своє життя, зазвичай перед цим прямо або побічно дають знати кому-небудь про свої наміри. Четверо з п'яти людей, які мають намір накласти на себе руки, в тій чи іншій формі перед смертю говорять про це з іншою людиною. Відмова від серйозного ставлення і участі в цих розмовах сприяє настанню смерті від самогубства.

**Міф.** Суїцидальні спроби, що не призводять до смерті, є лише формою поведінки, спрямованої на привернення уваги.

**Раціоналізація.** Подібна поведінка гідна ігнорування або покарання.

**Факт.** Суїцидальні форми поведінки або демонстративні дії деяких людей є заклик про допомогу, прохання, щоб інші люди допомогли їм у житті. Якщо ніхто не відгукнеться, то вельми легко відбувається перехід від відчайдушного крику про допомогу до висновку, що ніхто вже ніколи не допоможе, від відсутності серйозних намірів померти, до реального прагнення покінчити життя самогубством. Покарання за суїцидальну поведінку і його оцінка як "негідного" способу заклику про допомогу може призвести до надзвичайно небезпечних наслідків. Вони нерідко спричинюють дію, протилежну бажаному. Надання допомоги у вирішенні проблем та у пошуку інших способів звернення за такою допомогою є набагато ефективнішим методом запобігання суїцидальним формам поведінки.

**Міф.** Самогубець виразно бажає померти.

**Раціоналізація.** Немає ніякого сенсу в наданні допомоги, людина буде знову і знову робити спроби, поки не доб'ється свого.

**Факт.** Наміри більшості суїцидальних людей залишаються амбівалентними (подвійними, полярними) аж до моменту настання смерті. Далеко не всі з них упевнені в своїх бажаннях або приймають однозначне рішення покінчити з життям. Більшість людей відкриті для допомоги інших (так званої інтервенції), навіть якщо ця допомога нав'язується їм. Переважна більшість осіб, які мають суїцидальні тенденції в той чи інший період свого життя, знаходять спосіб продовжувати жити.

**Міф.** Ті, хто накладають на себе руки, психічно хворі.

**Раціоналізація.** Я боюся душевнохворих, їм нічим не можна допомогти.

**Факт.** Багато людей, які вчиняють самогубство, не страждають ніяким психічним захворюванням.

**Міф.** Якщо людина один раз здійснює суїцидальну спробу, то вона більше її не повторює.

**Раціоналізація.** Тепер мені немає потреби турбуватися; вже сама здійснена спроба унеможливило подальші суїцидальні дії.

**Факт.** Хоча більшість осіб, які здійснили суїцидальну спробу, як правило, не переходять після неї до самогубства, дехто повторює спроби. Частота самогубств серед тих, хто раніше здійснював суїцидальні спроби, в 40 разів більша ніж у загальній популяції (серед населення).

**Міф.** Зловживання алкоголем і наркотиками не має відношення до самогубств.

**Раціоналізація.** Випиваючи, я аж ніяк не хочу смерті, зовсім навпаки. Алкоголь і наркотики допомагають забути про проблеми.

**Факт.** Залежність від алкоголю і наркотиків є фактором ризику суїцидальної поведінки. Пияцтво і наркотики, особливо під час синдрому відміни (абстиненції), можуть значно сприяти суїцидальній поведінці.

**Міф.** Суїцид характерний для людей, віднесених до групи ризику.

**Раціоналізація.** Мені огидні ці гомосексуали, я боюся заразитися СНІДом.

**Факт.** Приналежність до групи ризику не означає фатальної неминучості самогубства. Якщо спробувати зрозуміти цих людей і поставитися до них з увагою і турботою, то самогубству також можна запобігти.

**Міф.** Суїцид є надзвичайно складним явищем, допомогти самогубцю можуть тільки професіонали.

**Раціоналізація.** Такі люди потребують допомоги, яку я не можу забезпечити, їм може допомогти лише фахівець, вплутуватися в настільки небезпечну ситуацію – не моя справа.

**Факт.** Причин суїцидальної поведінки так само багато, як і людей, що її виявляють. Дійсно, пошук загальних закономірностей, які можна застосувати до всіх людей, показує, що суїцид – надзвичайно складне явище. Разом з тим розуміння і відповідна реакція на суїцидальну поведінку не вимагають глибоких знань в області мотивації (людських потреб і бажань) або зовнішніх обставин суїцидальних тенденцій в цілому. Необхідні лише увага до того, що говорить людина, сприйняття цього серйозно, надання підтримки і звернення за відповідною допомогою. Багато людей гинуть через самогубство тому, що їм не була запропонована або виявилася недоступною така нагальна перша допомога і підтримка.

**Міф.** Якщо людина перебувала в стані депресії (наприклад, здавалася замкнутою, бездіяльною), а потім її стан раптово покращився, то небезпека самогубства їй більш не загрожує.

**Раціоналізація.** Їй стало краще, отже, тепер мені не потрібно розмовляти з нею про самогубство і доглядати за нею.

**Факт.** Розвиток депресивного стану передбачає дві можливості: поліпшення, включаючи повне одужання, на яке всі сподіваються, або ж підвищення ризику самогубства через те, що емоційний конфлікт, пов'язаний з

думками про життя і смерть, вирішується на користь смерті (тобто людина приймає рішення). Крім того, у людини в стані глибокої депресії може не вистачити енергії, щоб накласти на себе руки, а при зменшенні ступеня її вираженості така енергія може з'явитися разом з більш ясним і гострим усвідомленням відчуття безнадії життя. Може також трапитися, що надання допомоги такій людині буде передчасно припинено, і їй не буде надано підтримку, необхідну для подальшого поліпшення стану. Тільки відкрите і безпосереднє обговорення проблеми самогубства дозволяє з точністю виявити, в якому саме напрямку змінюється стан даної людини.

**Міф.** Поліпшення настає слідом за суїцидальною кризою та свідчить, що небезпека самогубства минула.

**Раціоналізація.** Будь-хто може розслабитися і більше не повертатися до теми самогубства.

**Факт.** Чимало самогубств трапляється після “поліпшення”. Суїцидальні почуття можуть повертатися. Протягом щонайменше трьох місяців після суїцидальної кризи людина потребує особливої уваги. У цей період фахівці повинні часто розмовляти з пацієнтами та проводити їх обстеження на предмет депресії, безнадійності або тривоги.

**Міф.** Якщо у людини є схильність до самогубства, то вона залишається у неї назавжди.

**Раціоналізація.** Немає способу, який дозволяє викоринити суїцидальні почуття, і не варто сподіватися, що людина повернеться після суїцидального епізоду до своїх повсякденних обов'язків.

**Факт.** Більшість суїцидальних криз обмежені в часі, вони закінчуються після відповідної допомоги. Однак якщо емоційний стрес триває, полегшення не настає, а допомога не надається, то зберігається ризик подальшої суїцидальної поведінки. Після надання професійної допомоги найчастіше людина здатна відновити свою звичайну діяльність.

**Міф.** Самогубство – явище успадковане.

**Раціоналізація.** Отже, воно фатальне і нічим не можна допомогти.

**Факт.** Це складне питання. Дійсно, останнім часом вчені інтенсивно шукають гени, які можуть стосуватися формування суїцидальної поведінки. Разом з тим наявність генетичної основи не означає, що людині не можна надати реальну допомогу, адже мова йде про поведінку, яку слід зауважити, а після цього – звернути увагу лікарів або психологів на таку людину.

**Міф.** Якщо не залишена передсмертна записка, то те, що трапилося, не можна вважати самогубством.

**Раціоналізація.** Немає необхідності виконувати будь-які дії.

**Факт.** Тільки четверта частина з усіх осіб, які здійснюють самогубство, залишають записки.

## **8. Як можна дізнатися, що людина думає про вчинення самогубства?**

Дослідження показують, що більшість осіб, які здійснюють самогубство, певним чином дають зрозуміти про свої наміри. Слід уважно ставитися до таких сигналів небезпеки:

- наявність попередніх спроб, які вказують, що людина піддається підвищеному ризику їх повторення;
- погрози; після них нерідко здійснюють суїцидальні спроби; погрози слід сприймати серйозно;
- депресія і безнадія; не забувайте про їх симптоми, про які йшла мова вище;
- зміни в психічному стані, характері або поведінці, наприклад, тенденція до замкнутості, безсоння; втрата ваги;
- підготовка до смерті – спішне впорядкування справ, роздавання особистих речей, придбання зброя самогубства (пістолета, мотузки або ножа).

## **9. Правила надання допомоги особі з суїцидальними тенденціями**

### *Підготовка.*

Визначте доступні ресурси допомоги:

- медичний пункт військової частини;
- військовий капелан (священик) військової частини;
- командування підрозділу;
- психолог або офіцери по роботі з особовим складом;
- центр здоров'я сім'ї;
- психіатр.

### *Керівництво до дії:*

- залишайтеся з людиною або забезпечте, щоб з нею побув хтось інший, поки її не огляне медичний працівник;
- супроводжуйте людину або організуйте її особистий супровід до фахівця в галузі психічного здоров'я;
- за необхідності сповістіть про те, що трапилося, командування;
- зверніться до органів поліції в разі необхідності (наприклад, коли ситуація загрожує життю).

### *Чого не слід робити:*

- не беріться судити про те, чи віднесена дана людина до суїцидального типу;
- не держіть в секреті те, що загрожує небезпекою; розкажіть кому-небудь про свої побоювання.

У бесіді з суїцидальною людиною:

- не показуйте, що вас шокують її висловлювання;
- не сперечайтесь і не намагайтесь її переконати; не наводьте аргументи про моральну неприйнятність самогубства і про те, якого болю воно завдасть іншим людям – це лише посилить почуття провини;

– не намагайтеся аналізувати мотиви людини: “Вам зараз погано лише тому, що...”;

– не намагайтеся шокувати людину, ставити під сумнів її слова або кидати виклик: “Ну й добре, так і зроби!”; “Зроби це прямо зараз!” (це допомагає тільки в кінофільмах).

*Примітка для викладача.*

Рекомендується заздалегідь підготувати і роздати слухачам інструкцію, в якій чітко вказані відповідні інстанції і контактні особи, до яких слід звернутися в разі потреби. Заняття дає лише загальне керівництво до дій солдату-товаришу по службі в зазначеній ситуації.

## **Заняття № 2 (для офіцерів і молодшого командного складу)**

**Тема.** Превенція самогубств: ухвалення відповідних заходів.

**Цільова аудиторія.** Офіцери та молодший командний склад.

**Завдання.** Забезпечення первинної реакції підтримки людини з суїцидальними тенденціями.

**Практичні навчальні цілі.**

Набути вміння:

- 1) отримувати відомості про суїцидальну поведінку;
- 2) відповідати на телефонні дзвінки;
- 3) забезпечувати допомогу особам із суїцидальними тенденціями.

**Методика проведення заняття:** конференція (семінар), рольові ігри.

Первинна реакція являє собою певні заходи, які може провести командир стосовно підлеглих у відповідь на прямі загрози або розмови про самогубство, у разі виявлення попереджувальних ознак або за наявності факторів ризику і/або факторів, що поглиблюють ситуацію стресових подій. Таку реакцію можна розглядати як емоційну першу допомогу, вона не вимагає спеціальних знань, за винятком тих, що наведені на даних заняттях, а також інформації про те, куди і до кого слід направляти осіб з групи ризику для надання подальшої допомоги.

Основна мета полягає в тому, щоб приділити увагу людині і залишатися з нею, не оставляти на самоті, поки не прибуде допомога або поки ви не передасте її фахівцям. Розмову можна почати за двома варіантами: а) людина сама почне обговорювати питання самогубства; б) ви їх не торкаєтесь, помітивши у людини ознаки страждання чи попереджувальні ознаки самогубства, або через те, що хтось звернув вашу увагу на її стан.

Розглянемо варіанти.

Розмову про самогубство людина починає з безпосередніх висловлювань або загроз. Якщо хтось відкрито говорить про самогубство, рекомендуємо такі дії.

Зберігайте спокій, дивіться прямо на співрозмовника, розмовляйте спокійно і ясно, співчутливим тоном.

Організуйте практичну допомогу, якщо можливо, пошліть кого-небудь за нею.

Не залишайте людину одну, не дозволяйте їй залишатися наодинці навіть в туалеті; дайте їй зрозуміти, що не відійдете від неї ні на крок.

Намагайтеся виграти час: заохочуйте її до розмови і давайте відчутти, що слухаєте, що вона говорить; не має особливого значення, про що саме йде мова. Чим довше триває бесіда, тим важче людині зберігати в собі рівень збудження, необхідний для фатальної дії.

Підтверджуйте, що чуєте співрозмовника, і показуйте, що приймаєте все сказане всерйоз. Підтвердження завжди має передувати пропозиції альтернативних варіантів і вказівок: *“Я бачу, що ситуація видається вам безнадійною, але я вважаю, що існують способи впоратися з нею, які ми ще не продумали”*; *“Я бачу, що ви дуже засмучені, але прошу вас відкласти пістолет, щоб ми могли поговорити”*.

Вслуховуйтеся в те, що говорить людина, і, аналізуючи сказане, показуйте, що ви її добре чуєте: *“З ваших слів я розумію, що ви переживаєте важкі часи і не знаєте, як впоратися з проблемами”*.

Висловлюйте своє розуміння того, що вона розглядає самогубство як єдино можливий варіант вибору, і повідомте, що за вашим переконанням, використовуючи допомогу, можна знайти й інші варіанти: *“Я бачу, що у вас є думки (план) накласти на себе руки (завдати собі шкоди). Вас, безсумнівно, щось сильно засмутило і довело до подібного стану. Я турбуюся про вас, і мені хочеться допомогти вам знайти інший вихід зі становища, що склалося”* або *“Я б міг допомогти вам знайти людину, яка може надати відповідну допомогу”*.

Забезпечте особисту та суспільну безпеку: заберіть у людини зброю або таблетки, проявивши директивність: *“Я поки заберу у вас ці таблетки”*.

У випадку спроби отруєння визначте час, коли були вжиті таблетки або інші отруйні речовини, щоб повідомити про це фахівців, які будуть надавати медичну допомогу потерпілому.

Виконайте необхідні дії: залучіть до надання допомоги відповідних осіб (пошліть кого-небудь за допомогою або відведіть людину в медичний пункт). Важливе правило: ніколи не намагайтеся самостійно впоратися з подібною ситуацією.

Якщо ви помітите у людини попередні ознаки самогубства, або її стан і поведінка турбують вас з якихось інших причин, то вам необхідно поділитися з нею своєю тривою. Якщо є достатньо часу, а ви не бажаєте самі розмовляти з нею на цю тему, то можна повідомити свої побоювання комусь іншому в підрозділі або спробувати організувати її огляд фахівцем, здатним оцінити її стан.

### Один з варіантів розмови про самогубство

Розгляньте наявні факти: що відбувається з людиною, які її вчинки викликають у вас занепокоєння? *“Василь, я (хтось інший) помітив, що з тих пір, як ви не отримали підвищення по службі, ви майже ні з ким не спілкуєтесь, майже зовсім перестали їсти і стали частіше випивати”*.

Задайте питання або висловіть свою думку про емоції: *“Багато людей переживають, коли їм відмовляють у підвищенні, це природно. Мені здається, що це вас дуже засмутило?”*.

Проявіть наполегливість, якщо отримаєте негативну відповідь: *“У вас насправді поганий настрій (змінилася поведінка) – це можна зрозуміти, але я турбуюся про вас, і мені хотілося б знати, наскільки вам зараз важко?”*.

Можна використовувати інший підхід, вводячи в питання слова “іноді”, “буває, що ...”, “трапляється”): *“Василь, коли людям так погано, як вам зараз, у них іноді з’являються думки про самогубство”*.

Задайте пряме запитання: *“Чи не з’явилися у вас думки про самогубство або про те, щоб завдати собі якоїсь шкоди?”*.

Забезпечте допомогу: *“Є люди, які можуть допомогти в подібних випадках, допомогти впоратися з ситуацією, не завдаючи собі шкоди”*.

Проявіть дбайливе ставлення. Якщо відповіді виявляються негативними і не переконують вас у тому, що все благополучно, ще раз повідомте людині про своє занепокоєння: *“Василь, хоч ви і говорите, що у вас не було думок про самогубство, ваш стан мене продовжує турбувати. Давайте поговоримо з психологом, лікарем і т. д.”*.

Чого слід уникати:

- не залишайте людину на самоті і не відправляйте її куди-небудь одну;
- не реагуйте занадто сильно: не показуйте, що вас шокує що-небудь зі сказаного; не потрібно досліджувати всі деталі ситуації, що склалася, залиште це фахівцеві; вам достатньо отримати відомості, які є причиною занепокоєння; проявіть турботу і бажання вислухати людину, не засуджуючи її;
- не квапте події, пам’ятайте, що ви лише прагнете встановити контакт і звести людину з тим, хто зуміє їй допомогти; у ваші наміри не входить повне вирішення кризи;
- не зменшуйте проблему і значущість ситуації, що створилася для людини: *“Через таку дурницю зовсім не варто зводити рахунки з життям”*;
- не забувайте підтверджувати, що чуєте і розумієте слова людини: *“Я розумію, що ви дуже переживаєте через ці обставини, і мені хочеться організувати для вас допомогу”*;
- не зменшуйте значущість суїцидальних погроз для людини і не ставтеся легковажно до них: *“Кінець кінцем ви зовсім не хочете померти!”*;
- не вступаєте в суперечки, чи є самогубство хорошим або поганим вчинком;
- не моралізуйте і не читайте проповідей або нотацій: *“Вам є заради чого жити!”*, адже йдеться про почуття людини, викликані певними обставинами, а не про проблеми життя і смерті як такі;

## Продовження додатка Д

– не кидайте людині виклик і не вступаєте з нею в силову боротьбу; ви, звичайно, зробите все можливе, щоб забезпечити допомогу в даний момент, однак, тільки сама людина владна над своїм остаточним рішенням;

– не думайте, що людина потребує тільки втіхи; ви можете заспокоїти її тим, що обов'язково забезпечите їй допомогу;

– не обіцяйте, що ваша розмова залишиться конфіденційною; у ситуаціях, які загрожують життю, конфіденційність різко обмежується;

– не забувайте, що всі особи, які піддаються ризику самогубства, потребують допомоги; завжди краще відреагувати більш активно (в сенсі прийняття дієвих заходів) ніж ухилитися від дій; навіть якщо ваша поведінка викличе у людини гнів або збентеження, це, без сумніву, набагато краще смерті.

Подбайте і про свій психічний стан, зверніться після того, що сталося, до психолога. Фахівці рекомендують такі звернення і самі регулярно вдаються до них.

Після надання первинної допомоги людину з суїцидальними тенденціями повинен обов'язково оглянути фахівець з метою оцінювання суїцидального ризику.

### **Відповідь на звернення по телефону**

У випадку звернення потенційного самогубця по телефону необхідно виконати такі дії.

#### **1. Встановити з абонентом довірчі стосунки:**

– відразу підтвердить правильність рішення абонента зателефонувати і довіритися вам;

– проявіть теплі, дружні та підтримуючі взаємини незалежно від того, приймаєте чи засуджуєте ви його наміри;

– намагайтеся проявляти впевненість і турботу, незважаючи на те, що в душі ви можете відчувати хвилювання;

– дайте абоненту зрозуміти, що ви прагнете йому допомогти, що він небайдужий вам як особистість.

#### **2. Зберіть інформацію про абонента:**

– отримайте якомога більше інформації, зокрема дізнайтеся, де він знаходиться в момент розмови;

– якщо поруч з вами знаходиться хтось ще, то попросіть цю людину зробити необхідні дзвінки, скориставшись іншим телефоном, наприклад, дізнавшись адресу абонента, слід, перш за все, повідомити про те, що відбувається, в поліцію;

– повідомляти поліцію слід в усіх випадках, коли небезпека суїциду є високою, а абонент знаходиться в неконтрольованій ситуації, наприклад, якщо поруч з ним немає друзів або близьких;

– поруч з вами може не виявитися нікого, тоді ви будете єдиною людиною, яка має можливість допомогти абоненту, у цьому випадку, щоб зробити



необхідні дзвінки, зібрати і мобілізувати ресурси для надання їй допомоги, вам доведеться перервати телефонну розмову;

– якщо так трапиться, то переконайтеся, що абонент розуміє, чому вам необхідно перервати розмову, скажіть, що ви передзвоните йому відразу ж після того як забезпечите надання необхідної практичної допомоги;

– можна звернутися до капелана (священника), психолога, заручитися допомогою медиків, поліції або інших екстрених служб допомоги; зателефонувавши, повідомте абоненту, до кого саме ви звернулися за допомогою.

### **Рольові ігри**

Повідомте (роздайте) слухачам сценарії і надайте час для їх обговорення. Відповіді (реакції) слухачів можна записувати на дошці. У першому сценарії є багато важливих моментів для обговорення. Суїцидальну поведінку не так легко розпізнати. Придумайте свої власні сценарії, обговоріть їх з аудиторією.

Зараз ми розглянемо ситуації, в яких люди думали про вчинення суїцидальної спроби.

#### **Сценарій № 1**

*Завдання.* Приятель розповідає вам про свого товариша по службі – рядового, який в даний момент вперше бере участь в серйозних навчаннях (або знаходиться у відрядженні). Приятель серйозно стурбований невдачами і неприємностями, які переслідують його товариша останнім часом. Він посварився зі своєю дівчиною, почав пити і вживати наркотики. Він висловлює думки, що став тягарем для своїх друзів, розчарував сім'ю і товаришів по службі. Відомо, що недавно він намагався купити пістолет, пояснивши, що це – подарунок для батька.

Про що свідчать ці ознаки, і що б ви зробили в даному випадку?

Виділіть час для обговорення 10–15 хвилин.

*Обговорення, перелік важливих моментів:*

- у завданні описана ситуація серйозного суїцидального ризику;
- перебільшене переживання невдач;
- зміни в поведінці;
- розрив близьких взаємин;
- почуття, що став тягарем для оточуючих; приховані суїцидальні думки;
- спроба купити пістолет показує, що гаяти час не можна.

#### *Необхідні дії*

Повідомте про ситуацію вашому безпосередньому начальнику, психологу, офіцеру по роботі з особовим складом, капелану (священнику) або старшому за званням. Переконайтеся, що вони розуміють серйозність проблеми і готові до негайних дій. Якщо ж ви невпевнені, що ці особи серйозно ставляться до ситуації, зверніться до інших посадових осіб, повідомивши їм про ваше занепокоєння з приводу цього військовослужбовця.

Якщо у цієї людини є сім'я, то необхідно повідомити близьких про його стан.

Знайдіть людину, яка користується його довірою, зверніться до неї і попросіть про допомогу шляхом відвертої розмови з даним військовослужбовцем.

### Сценарій № 2

*Завдання.* Військовослужбовець строкової служби (командир відділення), якому нещодавно відмовили у присвоєнні звання “молодший сержант”, проявляє ознаки дивної поведінки (в строю, виконуючи завдання або роботи, в інших ситуаціях). У нього змінилося ставлення до служби і знизилася якість виконання завдань, він став нерідко спізнюватися на шиккування. Нещодавно він також змінив умови страхування свого життя, призначивши іншого одержувача грошей у разі його смерті. Його пригнічений настрій ускладнювався тим, що він став значно більше курити і вживати спиртні напої.

Він розповідав товаришам по службі про те, що готується до звільнення, і описував розчарування членів сім'ї тим, що його не підвищили у званні. Про що, на вашу думку, свідчать описані ознаки, і що б ви зробили в даному випадку?

Виділіть час для обговорення 10–15 хвилин.

#### *Обговорення, перелік важливих моментів*

Мабуть, військовослужбовець знаходиться в стані вираженої депресії, можливо, з суїцидальними тенденціями. Зміна поведінки через те, що йому відмовили у присвоєнні звання “молодший сержант”, виражається в таких вчинках:

- дивній поведінці;
- зміні ставлення до служби і зниженні якості виконання завдань;
- зміні одержувача грошей за страховкою в разі його смерті;
- збільшенні вживання спиртних напоїв і куріння.

Всі ці ознаки вказують на наявність депресії з можливістю суїцидальних дій.

#### *Необхідні дії*

Намагайтеся викликати солдата на відверту розмову.

Не слід недооцінювати значущість для нього ситуації, що склалася.

Якщо суїцидальний ризик здається вам високим, не залишайте солдата на самоті.

Запропонуйте звернутися за професійною допомогою (психолога, священника, медичних працівників або інших фахівців).

У разі відмови від допомоги беріть ініціативу на себе, повідомте про ситуацію безпосереднє командування.

### Сценарій № 3

*Завдання.* Друг, якого ви знаєте вже багато років, зізнається, що його серйозно турбують думки про самогубство. Він відчуває страх і хотів би отримати допомогу, але побоюється, що якщо оточуючі дізнаються про цю проблему, то у нього можуть бути неприємності на службі і в сімейному житті. Що ви зробите? Яких дій будете уникати?

Виділіть час для обговорення 10–15 хвилин.

*Обговорення, перелік важливих моментів:*

- у завданні описана ситуація серйозного суїцидального ризику;
- військовослужбовець відчуває, що думки і обставини загнали його в тупик;
- у цієї людини можуть спостерігатися симптоми тривалої депресії;
- висловлювання чітко вказують на наявність суїцидальних думок;
- військовослужбовець охоче говорить про свої проблеми.

*Необхідні дії*

Не проявляйте засудження.

Не висловлюйте жаху або зневаги.

Розмовляйте вільно, продемонструйте бажання обговорити проблему.

Задавайте питання про те, які взагалі почуття переживає людина, зокрема щодо здійснення самогубства; не слід нехтувати почуттями, вселяючи людині, що їй в житті дуже пощастило, і вона повинна бути за це вдячна або, запевняючи її, що все буде добре.

Якщо суїцидальний ризик здається вам високим, не залишайте людину на самоті.

Запропонуйте звернутися за професійною допомогою.

У разі відмови від допомоги беріть ініціативу на себе, повідомте про ситуацію своєму безпосередньому начальнику, психологу, капелану (священнику) або своєму старшому командирі.

*Підбиваючи підсумки*, нагадайте слухачам: єдине, що здатне врятувати людське життя, це ставлення оточуючих.

### **Заняття № 3 (для відповідальних осіб)**

**Тема.** Превенція самогубств: оцінювання суїцидального ризику.

**Цільова аудиторія.** Офіційні відповідальні особи (заступники командирів підрозділів по роботі з особовим складом, психологи частини, медичні працівники).

**Завдання.** Оцінювання суїцидального ризику.

**Практичні навчальні цілі.** Набути вміння:

- 1) виявляти фактори ризику самогубства;
- 2) здійснювати основне оцінювання суїцидального ризику.

**Методика проведення заняття:** конференція, семінар.

Заняття містить матеріали, що доповнюють теми занять 1 та 2. З усім особовим складом під час заняття № 1 рекомендується розширити інформацію про фактори ризику, використовуючи матеріали даного заняття.

Оцінювання суїцидального ризику найкраще проводити в процесі інтерв'ю (підтримуючої бесіди). Тому при проведенні даного заняття мається на увазі, що відповідальні особи володіють основними навичками проведення такого інтерв'ю, до яких відносять встановлення довірчих стосунків, дослідження емоційного стану, прояснення проблем, дослідження альтернатив і

складання плану дій. Більш розширений курс, пов'язаний з цими навичками, включає практичні заняття та може бути проведений медичними працівниками або психологічною службою. Нижче наводиться інформація про фактори ризику і питання для оцінювання суїцидального ризику.

Пам'ятайте про те, що розмова на емоційно значущу тему вимагає дбайливого і чуйного підходу. Слід враховувати, що аудиторія, зазвичай, включає осіб, які мали певне відношення до самогубства, а деякі слухачі, можливо, серйозно обмірковували самогубство або робили суїцидальні спроби. Тому дану тему слід обговорювати, проявляючи дбайливе, чуйне ставлення до слухачів. Крім того, заняття повинно спонукати військовослужбовців підрозділу до прояву турботи про добробут своїх друзів, близьких і товаришів по службі. Ще одне завдання викладача полягає в створенні у слухачів установки надії та оновлення.

Коли задасте питання, присвятіть певний час тому, щоб отримати відповіді від слухачів перш ніж продовжити заняття.

#### *Фактори ризику*

Фактор ризику є характеристикою (наприклад, особистісна риса, приналежність до певної групи за статтю або віком) чи контекстом (наприклад, ситуація в сім'ї або взаємини у військовому підрозділі), що стосуються людини. Люди, які розділяють цю характеристику або контекст, відрізняються більшою ймовірністю проявів суїцидальної поведінки ніж ті, кого вона не стосується. Якщо людина схильна до низки чинників ризику, це означає, що вона є більш вразливою. У відповідь на стресові обставини, зазначені у занятті № 1, у неї з більшою ймовірністю можуть з'явитися суїцидальні реакції.

Вважається, що з суїцидальною поведінкою пов'язане вельми широке коло різних характеристик, форм реакцій на важкі ситуації і негативні події.

Проблема використання факторів ризику для оцінювання ймовірності самогубства полягає в тому, що всі вони призводять до великої кількості помилкових позитивних показників. Мається на увазі, що більшість осіб, яких стосуються ці фактори, зовсім не роблять суїцидальних спроб або самогубства. Але все ж краще буває підстрахуватися і врахувати їх, виконавши відповідні дії, ніж не враховувати (якщо ми вирішимо, що людині суїцидальний ризик не загрожує, а насправді він є, то цей висновок буде помилковим негативним результатом).

Поєднання кількох чинників посилює ризик. Наведемо фактори ризику, що повинні викликати побоювання і відповідні реакції:

- попередні спроби самогубства;
- наявність потенційно смертельного і доступного для виконання складеного плану самогубства;
- самогубства у членів сім'ї;
- психічні порушення;
- випадки агресивної поведінки;
- соматичне захворювання;

- самотність (не проживає з сім'єю, в розлученні, вдівець/вдова);
- відсутність гнучкості в мисленні і підходах до вирішення проблем: проблемна ситуація видається людині нестерпною, неминучою, нескінченною; вона відчуває бажання негайно її залагодити, ускладнюючи при цьому пошук альтернатив і вважаючи за краще пасивні рішення; позитивно оцінює самогубство;
- емоційні реакції: надмірне збудження, хаотичність, метушливість, нездатність контролювати сильні емоції; низька переносимість болю / стресу; імпульсивність (схильність до поспішних і необдуманих дій) або, навпаки, схильність до зайвих роздумів (нав'язливих думок і “розумової жуйки”), коли слід діяти;
- відсутність планів на майбутнє;
- відсутність соціальної підтримки: ізоляція, відчуженість від однолітків або сім'ї;
- доступ до вогнепальної зброї;
- негативне ставлення до звернення за допомогою.

#### *Оцінювання суїцидального ризику*

Для оцінювання ймовірності скоєння суїцидальної спроби безпосередній командир військовослужбовця повинен, перш за все, підозрювати можливість її здійснення. Мета проведення опитування полягає в з'ясуванні, як людина оцінює своє становище, яке її суб'єктивне ставлення до кризи, що вона переживає.

Цілі командира в процесі суїцидального оцінювання полягають у такому:

- визначити, наскільки серйозною є небезпека скоєння суїцидальної спроби;
- визначити, скільки є часу для запобігання смерті або серйозному пораненню;
- знайти спосіб перервати у людини процес суїцидальних роздумів, щоб вона відклала рішення накласти на себе руки.

Безпосередній командир повинен спокійно і просто задати наведені нижче питання. Ці ж питання можуть виникнути в контексті інтерв'ю, їх можна задавати в будь-який момент, коли вони в ході бесіди будуть доречними. Однак не слід раптово приголомшувати співрозмовника питаннями про самогубство. Як згадувалося на занятті № 2, питання про суїцидальні тенденції, зазвичай, ґрунтуються на наявних свідченнях. Таким свідченням може бути повідомлення про пережиті співрозмовником душевний біль або конфлікт. Підтвердження наявності подібних переживань може слугувати підставою для подальших розпитувань про суїцидальні думки.

#### *Питання для оцінювання суїцидального ризику*

1. У вас бували думки про самогубство?

З'ясувати, що думає людина про самознищення, запитавши про це у неї самої. У розмові з людиною, яка виявляє суїцидальні тенденції, слід використовувати прямі і тверді вирази: “вчинити самогубство”, “вбити себе”, а не “зробити щось з собою”; “померти”, “загинути”, а не “піти з життя”. Мета

цього підходу полягає в тому, щоб спробувати протверезити людину потворними, зовсім не романтичними аспектами того, про що вона думає.

З'ясувати також, чи є суїцидальні думки активними (бажання вбити себе) або пасивними (бажання померти).

2. Які події привели вас до думок про безглуздість життя?

Таким питанням командир починає досліджувати події, що були настільки сильними стресовими факторами в житті людини, яка переживає почуття пригніченості, безнадії та безпорадності, що стали нестерпними. Слід розглянути втрати, які зазнала людина в житті, ясно визначити джерела стресу. Не забувайте: командир повинен з'ясувати, що є стресовим фактором з погляду співрозмовника, а не зі своїх міркувань. Командир також повинен дізнатися, що послабило здатність людини долати труднощі в даному випадку.

3. Як ви збираєтеся це здійснити?

Питання стосується конкретного плану самогубства і доступності небезпечних знарядь для його здійснення. Якщо у людини є конкретний план і доступні засоби для приведення його в дію, командир повинен припинити підтримуючу бесіду і негайно відправити людину в медичний підрозділ. Якщо ж виявиться, що план відсутній або чітко не визначений, то безпосередня небезпека є значно меншою, і командир може продовжити опитування, якщо, звичайно, абонент не проявить ознак відсутності контролю над можливими імпульсивними діями (наприклад, будучи в стані алкогольного сп'яніння).

4. Наскільки сильним у вас є бажання померти?

Слід попросити людину оцінити своє бажання смерті за трибальною шкалою: 1 – слабе бажання померти; 2 – середнє бажання померти; 3 – сильне бажання померти.

5. Наскільки сильне у вас бажання продовжити жити?

Питання дозволяє оцінити, чи думає людина про самогубство лише епізодично (якщо так, то ризик невеликий) або ж постійно про це розмірковує (ризик високий). Скористайтеся тією ж шкалою: 1 – слабе бажання жити; 2 – середнє бажання жити; 3 – сильне бажання жити.

6. Як часто з'являються у вас такі думки?

Необхідно дізнатися, чи думає людина про самогубство рідко (низький ризик), або ж постійно думає про нього (високий ризик).

7. Коли ви роздумуєте про самогубство, скільки тривають такі думки?

Питання допоможе командирові дізнатись, чи знаходяться думки військовослужбовця під контролем, чи поглинений він ними, чи є роздуми про самогубство нав'язливими, чи відчуває він страх втратити контроль (боїться не впоратися зі спонуканням зробити саморуйнівну дію – ще одна ознака високого ризику). Подальше опитування стосується того, чи здатна людина за своїм бажанням перервати ці думки, переключитися на менш загрозливі або протиставити їм аргументи на користь життя. Чи набирають такі думки форму імперативних галюцинацій (голосів, наказуючих людині завдати собі шкоди).

8. Ви коли-небудь робили суїцидальні спроби?

Попередня спроба може виявитися своєрідним “розгоном” перед вчиненням більш небезпечної (летальної) дії. Після подолання певного бар’єра людині стає легше зважитися на наступні спроби. Історія попередніх суїцидальних думок, погроз або спроб підвищує ризик подальших спроб чи завершеного самогубства. Якщо спроба була здійснена в недавньому минулому, то необхідно поставити питання про неї, щоб зрозуміти її контекст і наслідки: “За яких обставин і як саме ви зробили цю спробу?”.

Чи була вона єдиною? Чи отримувала людина лікування? Вирішилася чи призвела до неї проблема? Чи схожі теперішні обставини (контекст) на ті, що були тоді?

9. Останнім часом ви зловживали алкоголем або наркотиками?

Достатньо часто люди зловживають алкоголем або наркотиками, щоб заглушити психічний біль або стрес. Зловживання цими речовинами іноді може бути важливою попереджувальною ознакою наявності думок про самогубство. У випадку позитивної відповіді командир повинен оцінити суїцидальний ризик як вищий.

10. Чи здійснював самогубство або суїцидальні спроби хтось із членів вашої сім’ї?

Якщо значима в житті військовослужбовця людина використовувала самогубство як метод подолання кризи, то і він може розцінювати суїцид як прийнятний для себе варіант рішення. Позитивна відповідь збільшує ризик.

11. Чи існує хтось або щось, здатне зупинити вас?

Негативна відповідь на це питання означає, що суїцидальний ризик дуже високий і людину слід негайно направити в медичний підрозділ.

12. Яка ймовірність того, що ви дійсно покінчите з собою, якщо оцінити її за десятибальною шкалою?

Відповідь людини на це питання може слугувати показником її здатності контролювати спонукання до саморуйнівної поведінки. Якщо відповідь демонструє переконаність людини в тому, що вона не здатна контролювати свої дії, то необхідне негайне втручання, щоб захистити її від самої себе. Такого військовослужбовця слід направити до фахівців для більш точного оцінювання його стану.

*Примітка для викладача.* Повертаючись до правил надання допомоги, які наведені на занятті № 2, необхідно вказати конкретних осіб, до яких за необхідності повинні звертатися дані слухачі. Сценарії із заняття № 2 для практичного оцінювання ризику можна розширити або змінити на свій розсуд, взявши реальні ситуації з життя.

#### **Заняття № 4 (для відповідальних осіб)**

**Тема.** Превенція самогубств: здійснення політики в області суїцидальної превенції і оцінювання суїцидального ризику.

**Цільова аудиторія.** Фахівці медичної служби, психологи.

**Завдання.** Здійснення політики в області суїцидальної превенції і оцінювання суїцидального ризику.

**Практичні навчальні цілі.** Учасники повинні оволодіти:

- 1) знаннями в області політики і правил превенції суїцидів в армії;
- 2) умінням здійснювати спеціалізоване оцінювання суїцидального ризику.

**Методика проведення заняття:** семінар.

*Примітки для викладача.* Заняття присвячене правилам щодо осіб з суїцидальною поведінкою і керівним принципам превенції суїцидів, які прийняті в армії США. Воно також містить огляд найбільш складних технік оцінювання суїцидального ризику, що використовуються професійно відповідальними особами. Заняття призначене для удосконалення знань людей, які вже мають відповідну освіту. Якщо хтось із слухачів не був раніше навчений способам оцінювання суїцидальних тенденцій, їм рекомендується пройти тренінгову програму, що включає попередню практичну підготовку (заняття № 1–3)

#### *Установки та практичні правила*

Найважливішою частиною діяльності з превенції суїцидів у військовому підрозділі є поширення установок і практичних правил, що забезпечують координовану і швидку реакцію на звернення (напрямок) осіб з суїцидальними тенденціями. Кожен військовослужбовець, перш за все, повинен твердо знати, до кого саме слід звернутися в разі виявлення людини з підвищеним суїцидальним ризиком. Офіційно призначені відповідальні особи, до яких направляють цих людей, повинні мати точні відомості, які конкретні кроки слід зробити для встановлення початкового підтримуючого контакту, проведення короткого оцінювання їх стану, а за необхідності — організації комплексного фахового обстеження.

У підрозділах родів військ різних країн практичні правила відрізняються, тому викладач повинен визначити, які конкретні керівництва до дії прийняті в тому підрозділі, де проводиться заняття. Наприклад, в армії США існує служба превенції суїцидів, яка забезпечує адміністративну та методичну допомогу командуванню підрозділів у здійсненні прийнятих установок. На даному занятті наводиться лише загальна схема і керівні принципи, користуючись якими можна розробити конкретні практичні правила для кожного військового підрозділу. Під час даного тренінгу слухачам слід роздати відповідні правила в друкованому вигляді або послатися на них усно.

Необхідно розробити практичні правила, що чітко визначають конкретні кроки, які слід виконати, і осіб, з якими слід зв'язатися, в разі виявлення:

- людини, підозрюваної в наявності ризику самогубства;
- людини з суїцидальними висловлюваннями або погрозами;
- людини, яка вчинила суїцидальну спробу;
- факту самогубства.



Загальна схема дій може бути подана таким чином: в денний (робочий) час військовослужбовців, у яких були виявлені попереджувальні суїцидальні ознаки, можна приводити безпосередньо до командира підрозділу і(або) в медичний пункт військової частини. За наявності явного суїцидального ризику потім їх направляють до відповідного спеціалізованого відділення лікувальної установи (військового шпиталю, лікарні). У неробочий час таких осіб можна направляти до чергових офіцерів або призначених для цього осіб, які приймають рішення про необхідність направлення їх до лікувального закладу. Нагадуємо ще раз, що конкретні керівництва до дій розробляють на місцях і доводять до відома особового складу.

#### *Принципи загального оцінювання стану*

Другий етап проведення суїцидальної превенції полягає в оцінюванні стану і первинному кризовому консультуванні людини з суїцидальними тенденціями. Ця частина заняття присвячена основам оцінювання стану і проведення кризового інтерв'ю у випадках суїцидальних тенденцій. Вона не може замінити комплексне навчання, необхідне для оволодіння вміннями оцінювання стану і надання допомоги суїцидальним особам. Для оволодіння вміннями (на відміну від теоретичних знань) необхідна практична підготовка: проведення бесід (інтерв'ю), відпрацювання навичок і оцінювання якості отриманих практичних умінь досвідченими фахівцями. Заняття дає лише огляд основних стратегій, а пропоновані вміння слід набувати в ході подальшої підготовки.

Кроки (етапи) оцінювання суїцидального ризику можуть бути такі:

- підготуватися до проведення бесіди (інтерв'ю);
- оцінити фактори ризику і попереджувальні ознаки самогубства;
- провести опитування про наявність суїцидальних думок.

#### *Підготовка до проведення інтерв'ю*

Для досягнення успіху в спілкуванні і оцінюванні стану суїцидальної людини необхідно зробити певні підготовчі кроки, які іноді називають "підготовкою сцени" для інтерв'ю:

– забезпечте умови для бесіди віч-на-віч (приватність); довіру може бути втрачено, якщо людині не буде надана можливість поговорити з вами наодинці;

– забезпечте конфіденційність бесіди, але розкажіть про ситуації, в яких вона не може бути дотримана; конфіденційність виключається, якщо у військовослужбовця виявиться схильність до самогубства або вбивства, або якщо виявиться, що він піддавався насильству – все це слід йому чітко пояснити;

– встановіть довірчі стосунки; перш ніж задавати особисті питання, слід домогтися довіри, цьому допомагає інтерв'ю, згадане на занятті № 3.

#### *Оцінювання чинників ризику і попереджувальних ознак самогубства*

Етап був розглянутий на занятті № 3.

#### *Опитування про наявність суїцидальних думок*

Опис такого опитування наведено на занятті № 2. Цей матеріал слід доповнити, зосередивши увагу на стані людини в момент бесіди, який може

вплинути на ступінь суїцидального ризику. До його характеристик відносять: занепокоєння, напругу, страждання, дискомфорт, безнадійність, когнітивне звуження (“тунельну свідомість”), свідомість рішення і летальність (небезпеку для життя) плану. Психічний біль може досягти такої інтенсивності, що стає нестерпним. І тоді у людини з’являється спонукання зробити що-небудь для його припинення. Щоб оцінити почуття, що стосуються самогубства, потрібно задати такі питання:

- “Наскільки сильний ваш біль?”;
- “Чи можливо його терпіти?”;
- “Чи досягає він такої сили, що вам хочеться померти”?

Когнітивне звуження (звуження діапазону мислення) можна визначити як дихотомічне мислення, “тунельне” бачення проблеми або скорочення варіантів вибору до двох, а в кінцевому підсумку – до одного. Як відповідальна особа ви повинні з’ясувати:

- чи є самогубство варіантом виходу із ситуації для оцінюваної вами людини;
- чи розглядає вона самогубство в даний момент як єдиний варіант.

Якщо це так, значить страждання і тривога вже призвели до звуження когнітивних процесів, так званого “тунельного мислення”. Когнітивне звуження можна виявити, поставивши запитання зі словом “іноді”: “Коли у людей виникають такі почуття, вони іноді думають про заподіяння собі шкоди або про самогубство. А у вас з’являлися колись думки про заподіяння собі поранення або про самогубство?”; “Чи є такі дії для вас єдиним варіантом вирішення проблем?”.

Свідоме рішення полягає в свідомому визначенні мети, завдання, навмисному розгляді самогубства як прийнятного варіанта, і врешті-решт – єдиного способу полегшення психічного стану. Свідоме рішення включає в себе: інсайт або думку, що це є єдиним способом припинення нестерпного душевного болю, і рішення про виконання дії. Більшість людей, які здійснюють самогубство, планують його навмисно. Що ж стосується молоді, то наявність плану є менш важливою ознакою суїцидального ризику, порівнюючи з імпульсивною поведінкою в історії життя або схильністю до нього в даний час.

Термін “летальність” означає небезпеку для життя запланованих або ймовірних дій (наприклад, якщо людина піднесе до скроні заряджений пістолет і натисне на курок, то смерть виявиться достатньо ймовірним результатом, що свідчить про високий ризик летальності; якщо ж хто-небудь з метою самогубства прийме шість таблеток аспірину, то ризик летальності такої дії буде низьким). Для оцінювання летальності слід детально дізнатися про план самогубства: що, коли, як і де збирається зробити людина.

Суїцидальний план можна розпізнати, тільки задаючи прямі питання. Консультант повинен оцінити три аспекти плану: конкретність, летальність і наявність або доступність знаряддя.

*Конкретність плану.* Для людини, яка добре продумала план самогубства, що включає його час, місце і обставини, а також вибрала високолетальний метод, суїцидальний ризик є дуже високим. Задавайте в ході бесіди прямі питання такого типу: “У вас вже є план здійснення самогубства?”. Оцінюючи план, слід обов’язково визначити, чи залишає він які-небудь можливості для порятунку. Особи, які склали план, виконання котрого, швидше за все, призведе до його розкриття, частіше більш прив’язані до людей і(або) налаштовані більш амбівалентно ніж ті, які планують вчинення самогубства у відокремленому місці і таким чином, щоб ймовірність порятунку була низькою. Слід з’ясувати місце і час, задаючи відповідні питання:

- “Коли ви збираєтеся це зробити?”;
- “Де саме ви збираєтеся це зробити?”;
- “Чи є ймовірність, що там в цей час опиниться ще хтось?”.

Для розуміння суїцидального плану і намірів, на основі яких він побудований, важливим також є розуміння фантазій і бажань, пов’язаних зі смертю. Дізнатися про них можна, запитавши: “Яку мету ви ставите перед собою?”. Людина може, наприклад, відчувати бажання возз’єднатися з померлим близьким або повторно перетворитися (реінкарнація) і т. д. Можливо, смерть має для неї позитивний сенс або у неї є свої особливі уявлення про смерть. Багато людей з суїцидальними тенденціями насправді не хочуть померти; вони бажають лише сприяти змінам, які допоможуть зробити життя більш бажаним.

*Метод (спосіб) самогубства.* Методи відрізняються своєю летальністю. Високолетальні методи включають: використання вогнепальної зброї; приймання великих доз снодійних пігулок, барбітуратів, антидепресантів, особливо трициклічних, за умов низької ймовірності порятунку; повішення; стрибок з великої висоти; утоплення; навмисні автомобільні аварії. Методи з низькою летальністю мають велику ймовірність порятунку, тобто до настання смерті для надання допомоги залишається достатньо часу або лікарський чи наркотичний препарат виявляється малоотруйним, подібним до багатьох ліків, що продаються без рецепту, або якщо він буде прийнятий в дозі, недостатній для смертельного отруєння.

Необхідно розпитати у суїцидальної людини про заплановані методи здійснення самогубства. Можна задати таке питання: “Яким чином ви думаєте це здійснити?” або “Що саме ви збираєтеся зробити?”.

Щоб встановити наявність або доступність засобів самогубства, задайте питання:

- “У вас вже є таблетки?” або “Яким чином ви плануєте дістати таблетки?”;
- “У вас вже є зброя?” або “Яким чином ви плануєте дістати зброю?”;
- “Ви вмієте користуватися зброєю?” та “Чи є у вас патрони?”.

Запитання можна задати за планом оцінювання ДНПЗ, де Д – думки; Н – наміри; П – план; З – засіб.

Як інструмент для збирання даних за такими чинниками ризику і попереджувальними ознаками можна використовувати опитувальник “Оцінка рівня ризику самогубства”.

Він не є списком питань, які слід обов’язково задавати одне за одним. Вони в основному слугують для нагадування тих областей, які, можливо, буде потрібно висвітлити під час опитування. Матеріал повинен бути організований за зручним для вас підходом, манерою і послідовністю ведення бесіди, застосовуваними в кожному конкретному випадку.

Наприклад, ви можете отримати чимало інформації для прийняття рішення про необхідні дії після того, як запитаєте про суїцидальний план і наміри людини. Клінічне почуття взаємодії з пацієнтом і його реакції під час інтерв’ю є важливими даними для прийняття рішення.

*Використання суїцидальних шкал.* Існують різноманітні шкали суїцидальних тенденцій, розроблені для допомоги в оцінюванні суїцидального ризику. Ці шкали не можуть бути заміною уважної бесіди. Близьке знайомство і взаємодія з людиною здатні забезпечити краще розуміння ступеня її суїцидальності ніж просте підсумовування факторів ризику, поданих у формі шкали суїцидального ризику. Проте шкали можуть допомогти в організації та визначенні відповідних областей при опитуванні.

Наводимо матеріали для роздавання респондентам. Їх рекомендується відксерокопіювати в потрібній кількості.

### Оцінка рівня ризику самогубства

Безпосередній ризик самогубства	Показники ризику
Відсутність передбачуваного ризику	<ul style="list-style-type: none"> <li>– відсутність попередніх суїцидальних спроб;</li> <li>– відсутність суїцидальних думок;</li> <li>– близький контакт зі значущими іншими людьми;</li> <li>– задовільна система соціальної (зовнішньої) підтримки.</li> </ul>
Низький ризик	<ul style="list-style-type: none"> <li>– суїцидальні думки;</li> <li>– суїцидальні методи з низькою летальністю;</li> <li>– відсутність попередніх суїцидальних спроб;</li> <li>– відсутність серйозних втрат у недавньому минулому;</li> <li>– особисті або зовнішні (соціальні) ресурси є, проте, вони проблематичні;</li> <li>– ступінь ризику нової спроби, повторних спроб або самогубства залежить від того, що відбувається після погроз або першої спроби;</li> <li>– ризик зростає при зловживанні алкоголем або наркотиками.</li> </ul>

Помірний ризик	<ul style="list-style-type: none"> <li>– суїцидальні думки;</li> <li>– високолетальний суїцидальний метод за відсутності конкретних загроз або плану;</li> <li>– суїцидальний метод з низькою летальністю за наявності суїцидальної плану;</li> <li>– виражена амбівалентність – життя і смерть уявляються в рівній мірі бажаними;</li> <li>– ризик повторної спроби і самогубства зростає, якщо в житті не відбувається змін на краще.</li> </ul>
Високий ризик	<ul style="list-style-type: none"> <li>– наявність високолетального суїцидального плану;</li> <li>– доступні засоби для здійснення самогубства;</li> <li>– наявність попередніх суїцидальних спроб;</li> <li>– відсутність можливості спілкування зі значущою іншою людиною;</li> <li>– більш виражена схильність до смерті ніж до життя;</li> <li>– глибокий і тривалий ризик суїциду дуже високий, якщо допомога не виявиться доступною і не буде негайно прийнята;</li> <li>– спроба, ймовірно, виявиться смертельною, якщо не буде вжито заходів порятунку;</li> <li>– хронічна саморуйнівна поведінка збільшує ризик.</li> </ul>
Дуже високий ризик	<ul style="list-style-type: none"> <li>– наявність високолетального суїцидального плану;</li> <li>– доступні засоби для здійснення самогубства;</li> <li>– наявність попередніх суїцидальних спроб;</li> <li>– відсутність доступу до ресурсів підтримки і допомоги;</li> <li>– спроба, ймовірно, виявиться смертельною, якщо не буде вжито заходів порятунку;</li> <li>– ще більш виражена схильність до смерті ніж до життя;</li> <li>– глибокий і тривалий ризик суїциду дуже високий, якщо допомога не виявиться доступною і не буде негайно прийнята;</li> <li>– хронічна саморуйнівна поведінка ще більше збільшує ризик.</li> </ul>

### Роздавальні матеріали для лікарів та психологів

*Додаткові вказівки з виявлення і оцінювання суїцидального ризику*

В яких випадках слід користуватися цими вказівками?

Оцінювання і реєстрація наявності суїцидальних тенденцій є складовою частиною будь-якого психіатричного огляду. Вони набувають першочергової важливості у таких випадках:

- під час первинного інтерв'ю або у разі приймання в спеціалізований медичний заклад чи програму;

– у випадку виникнення будь-якої форми суїцидальної (саморуйнівної) поведінки або думок;

– у разі значних клінічних змін у стані людини (появи нових симптомів, зміні психічного статусу, виникненні стресових реакцій);

– у стаціонарних пацієнтів з виявленими суїцидальними тенденціями при їх переведенні на менш обмежений режим утримання або надання лікувальної відпустки, а також при виписуванні з лікувального закладу.

Оцінювання ступеня суїцидального ризику є активним процесом, під час якого фахівець бере до уваги:

- суїцидальні наміри і летальність;
- значення динаміки і мотивацію до самогубства;
- наявність суїцидального плану;
- наявність явної суїцидальної (саморуйнівної) поведінки;
- здатність людини справлятися з важкими обставинами.

Багато з цих даних можна отримати під час загального психіатричного обстеження і оцінювання психічного статусу. Разом з тим іноді в бесіду з пацієнтом доводиться вводити питання, що стосуються безпосередньо самогубства.

*Розширений план і питання: суїцидальні наміри і летальність*

1. Чи є у пацієнта суїцидальні думки або почуття?

Які вони?

Чи є вони активними, навмисними або пасивними, ненавмисними?

Коли вони з'явилися вперше?

Як часто вони виникають?

Наскільки вони є стійкими, як довго тривають?

Чи є вони нав'язливими?

Чи здатний пацієнт їх контролювати?

Що спонукає його до смерті або до життя?

2. Значення динаміки і мотивація до самогубства.

3. Яку форму набирає бажання пацієнта накласти на себе руки? Це бажання померти, заподіяти біль комусь іншому, зробити втечу, покарати себе?

4. Що означає самогубство для пацієнта?

Чи прагне він до відродження (реінкарнації) або возз'єднання?

Чи є у нього ідентифікація зі значущою іншою людиною?

Які погляди пацієнта на смерть, його ставлення до неї?

Чи має смерть позитивне значення для пацієнта?

5. Чи пережив пацієнт втрату важливих підтримуючих взаємин?

6. Чи втратив він то, заради чого варто було жити? (Такі втрати можна подолати в ході проведення психотерапії).

*Наявність суїцидального плану*

1. Як далеко просунувся процес планування самогубства?

2. Чи визначені вами метод, місце, час?

Чи доступні знаряддя?

Чи запланована послідовність подій?

Чи визначена мета (смерть, завдання собі поранення, інший результат)?

3. Здійсненність плану. Доступність зброядь. Записуйте будь-які висловлювання, що стосуються наявності доступу до вогнепальної або іншої смертельно небезпечної зброї. Врахуйте можливість дезінформації.

4. Летальність планованих дій.

Об'єктивно оцініть безпеку для життя.

Об'єктивно опитайте пацієнта про його концепції летальності.

Уникайте використання термінів “загроза”, “маніпуляція” і т. п., оскільки вони позначають мотив, який насправді може бути відсутнім або не мати відношення до летальності.

Незвичайні методи призводять до менш передбачуваних результатів, тому можуть нести в собі більший ризик.

Звертайте увагу на насильницькі, незворотні методи, наприклад, постріл з вогнепальної зброї або стрибок з великої висоти.

5. Імовірність порятунку. Пацієнти, які розробляють план, що може з великою ймовірністю бути викритим, бувають більш амбівалентно налаштовані і (або) прив'язані до людей ніж інші, хто планує здійснити суїцид у відокремленому місці.

6. Яку підготовку вже провів пацієнт? Наприклад, придбав таблетки, написав суїцидальну записку, упорядкував справи, оформив заповіт.

7. Чи “репетирував” він самогубство? Наприклад, зав'язував ковзаючу петлю, підносив пістолет до скроні, підїжджав на автомобілі до мосту.

*Наявність відкритої суїцидальної (саморуйнівної) поведінки*

1. Чи проявляв пацієнт у минулому суїцидальну поведінку?

2. Корисно буває досліджувати обставини минулих суїцидальних спроб. Опис пацієнтом минулої події може послужити найкращим вікном у нинішній психічний стан. Разом з тим відсутність суїцидальних спроб у минулому не виключає ризику поточної або майбутніх спроб.

Статистичні співвідношення між суїцидальними спробами і завершеними самогубствами є такими:

– суїцидальний ризик у осіб, які здійснювали суїцидальні спроби, збільшується, порівнюючи із загальною популяцією, на 7–10 %;

– 18–38 % осіб, які загинули від самогубства, перед цим робили суїцидальні спроби;

– 90 % осіб, починаючих суїцидальні спроби, не переходять після цього до скоєння самогубства;

– 1 % осіб, які здійснювали раніше спроби самогубства, щорічно їх повторюють.

3. Чи проявляв пацієнт аутоагресивну поведінку?

Нанесення собі порізів, інші форми заподіяння собі шкоди змушують, крім усього іншого, думати про можливий діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або диссоціативні розлади.

Хоча аутоагресивна поведінка частіше є спробою заспокоїти себе ніж накласти на себе руки, пацієнти з подібною поведінкою все ж іноді здійснюють самогубство.

Для оцінювання ризику повторного заподіяння собі шкоди корисно буває запитати: “Яким чином ви себе заспокоюєте?”.

*Психічний (когнітивний і емоційний) стан пацієнта*

1. Чи збільшує психічний стан пацієнта небезпеку вчинення ним самогубства?

2. Чи здатний пацієнт здійснити активний вплив?

Самогубство вимагає як здатності для розроблення, так і енергії для здійснення суїцидального плану.

Суїцидальний потенціал може збільшуватися зі зростанням енергії (як це буває на ранніх стадіях одужання від депресії) або зниженням контролю над імпульсами (наприклад, у стані сп'яніння або люті).

3. Чи відчуває пацієнт безнадійність?

Безнадія є ключовим психологічним фактором в суїцидальних намірах і поведінці. Вона часто супроводжується стійкими негативними очікуваннями.

4. Чи відчуває пацієнт депресію і (або) відчай? Депресія є станом настрою або психіатричним синдромом, що супроводжується вегетативними симптомами. Відчай – це емоційно-когнітивний стан, що характеризується відчуттям даремності всіх зусиль і альтернатив, втратою перспектив на майбутнє і відсутністю людських зв'язків, які могли б надати підтримку.

5. Чи є у пацієнта психічний розлад, що корелює з суїцидальними тенденціями або погано піддається лікуванню?

6. Чи погіршує фізіологічний стан людини її схильність до самогубства (соматична хвороба, біль, сп'яніння)? Чи використовувала вона психоактивні речовини?

Гостре сп'яніння або стан похмілля призводять до різкого збільшення суїцидального ризику. Такі стани тягнуть за собою зниження контролю над поведінкою (гальмування), невірність суджень, слабкість критики і реакції заперечення.

Важливу роль відіграють “пускові чинники”, наприклад, особиста втрата.

Сп'яніння пацієнта різко ускладнює оцінювання його стану. Слід забезпечити йому безпечне місце перебування, поки він не протверезіє.

Повторити оцінювання суїцидального ризику в тверезому стані (хронічне зловживання або залежність від психоактивних речовин призводить до постійного суїцидального ризику).

Така поведінка є однією з форм саморуйнівної поведінки і призводить до зменшення турботи про себе.

Суїцидальний ризик можна оцінити під час рецидиву.

7. Чи схильний пацієнт до спалахів хворобливих афектів: переживань самотності, презирства до себе, нестримної люті, сорому, паніки?



*Здатність людини справлятися з важкими обставинами*

1. Чи переживав пацієнт останнім часом серйозний життєвий стрес?

Зазнав реальну або уявну втрату, розчарування, пониження або серйозну невдачу.

Чи була порушена система підтримки пацієнта, включаючи лікування?

2. Здібності пацієнта до саморегуляції.

Чи схильний він до імпульсивної поведінки?

Чи потрібні пацієнту зовнішні підтримуючі ресурси для регуляції самооцінювання, чи здатний їх використовувати?

3. Чи здатний пацієнт брати участь у своєму лікуванні?

Висловлює він згоду з планом лікування та готовність слідувати йому?

Чи володіє пацієнт здатністю об'єднати свої зусилля з зусиллями лікаря, співпрацювати з ним під час лікування?

## МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ

### Карта суїцидального ризику

I. Біографічні особливості	Відмітки
1.1. Наявність самогубств (спроб) серед близьких родичів.	
1.2. Зовнішні прояви недоліків виховання (грубість, наявність жаргонізмів, нецензурних висловлювань, некультурне поводження з оточуючими, надмірна жорстокість, вседозволеність, невміння себе поводити у товаристві, неохайний зовнішній вигляд).	
1.3. Часта зміна без суттєвих причин виду діяльності (зміна місця навчання, служби, роботи в минулому тощо).	
1.4. Наявність конфліктів за попередніми місцями навчання, служби, роботи.	
1.5. Схильність до саморуйнівної поведінки (на тілі є сліди самопорізів, багато татувань, надмірне паління цигарок, вживання алкоголю або інших психоактивних речовин).	
1.6. Підвищений травматизм, схильність до нещасних випадків унаслідок власних необережних дій та необґрунтованого ризику (травми, поранення, опіки, факти ДТП тощо).	
1.7. Особливості внутрішньосімейних, родинних стосунків, а саме: – виховання в неповних сім'ях; – смерть (одного з батьків) чи розлучення батьків до досягнення суб'єктом 15 років; – зловживання одного (або обох) батьків алкоголем, наркотиками; – виховання в дисгармонійних сім'ях, конфліктність з батьками.	
1.8. Участь у бойових діях та збройних конфліктах під час проходження служби в Національній гвардії України (отримані при цьому поранення або травми).	
1.9. Участь у ліквідації наслідків техногенних аварій, стихійних лих.	
Разом за I-й розділ	
II. Індивідуальні особливості	Відмітки
2.1. Яскраво виражена індивідуалістичність, своєрідність мислення, орієнтація виключно на власні цінності та критерії оцінки ситуації.	
2.2. Тривожність, чутливість, вразливість до критики.	
2.3. Схильність до глибокого самоаналізу з елементами самозвинувачення, постійна емоційна напруженість, глибокі внутрішньоособистісні конфлікти і суперечності, що роблять поведінку малопрогнозованою.	

2.4. Високий рівень домагань, хворобливе самолюбство поєднуються з невпевненістю в собі, залежністю від думок та оцінок оточуючих.	
2.5. Схильність до “застрягання” на надцінних ідеях, негативних переживаннях, неприємних спогадах.	
2.6. Можливі прояви скритності, підозрливості, ревнощів, що ускладнюють соціальну адаптацію.	
2.7. Труднощі у встановленні контактів з людьми (як у розумінні інших, так і у виявах власних думок та почуттів).	
2.8. Труднощі під час прийняття самостійних рішень, безкомпромісність, відсутність гнучкості.	
2.9. Імпульсивність, емоційна неврівноваженість, підвищена конфліктність, знижений самоконтроль.	
2.10. Схильність до тотального фаталізму, містицизму, віри у прикмети.	
Разом за II-й розділ	
III. Наявність конфліктної ситуації	Відмітки
3.1. Конфлікти, зумовлені специфікою службової діяльності.	
3.2. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою.	
3.3. Конфлікт у сфері матеріального, фінансового забезпечення (незадовільний або низький рівень матеріального забезпечення військовослужбовця).	
3.4. Конфлікти, зумовлені специфікою особистісно-сімейних (родинних), любовних стосунків.	
3.5. Конфлікти, пов'язані зі станом здоров'я.	
IV. Особливості актуальної ситуації	
4.1. Тривалість дії психотравмуючого фактора понад три місяці.	
4.2. Повторення аналогічної ситуації, що була в минулому та не мала позитивного рішення.	
4.3. Незадовільні побутові умови, незадовільне харчування, дефіцит грошей, значні боргові зобов'язання тощо.	
4.4. Напружений графік служби (значне навантаження, тривалість робочого дня складає понад 10 годин щоденно, за останній місяць мав один-два вихідні дні).	
Разом за I–IV-й розділи	
V. Індикатори С-ризиків	Відмітки
5.1. Стан перевтоми, виснаження внаслідок понаднормового навантаження, відсутність можливості повноцінно відпочити та відновити свої сили.	
5.2. Різка погіршення стану здоров'я (скарги на погіршення самопочуття, задишку, сильне серцебиття, біль в області серця, підвищення тиску, головний біль, загострення хронічних захворювань, часте перебування на лікарняних тощо).	

5.3. Різке зниження ефективності діяльності, пізнавальних, професійних інтересів, нездатність зосередитись на виконанні завдання, труднощі концентрації уваги.	
5.4. Відсутність життєвих планів або, навпаки, їхня надмірна чіткість (за принципом “все або нічого”) та відсутність об’єктивних обставин для їх реалізації.	
5.5. Зовнішні прояви тривожності, знервованості, пригніченості: – тремор кінцівок, тремтіння голосу, заїкання, легке почервоніння або побіління; – переважання зниженого фону настрою, в очах сльози, скарги на те, що “клубок підступає до горла”, відсутність порозуміння з оточуючими.	
5.6. Зниження ваги, скарги на розлади сну.	
5.7. Різкі зміни в поведінці (наприклад: був веселим, комунікабельним, став замкнутим, образливим; або, навпаки, тихий, миролюбний, відповідальний військовослужбовець несподівано почав виявляти агресивність, непокору, відкрито та різко висловлювати невдоволення, виявляти роздратування тощо).	
5.8. Помітне збільшення кількості випалених цигарок, уживання алкоголю, можливість виникнення схильності до ігроманії, нерозбірливість у сексуальних контактах, яскраво виражений потяг до гострих відчуттів.	
5.9. Зміни в манері висловлювання думок (мова стає плутаною, містить натяки, наприклад, “Прийде час, коли мене зрозуміють, але буде вже запізно...”).	
5.10. Упорядкування своїх справ, прощання з близькими людьми та пам’ятними місцями, вручення своїх улюблених речей, подарунків друзям тощо.	
5.11 Скарги на втрату сенсу життя, спустошеність, неможливість подальшого існування.	
5.12. Прямі сповіщення про можливість самогубства (наприклад: “Якщо так буде продовжуватися й далі, то накладу на себе руки”, “Може, мені повіситися?”). Розпитування про дієві засоби самогубства, ознайомлення з відповідною літературою.	
Разом за V-й розділ	

**Методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду  
(Карта ризику суїцидальності)**

Дана методика призначена для визначення ступеня ризику скоєння суїциду людьми, що опинилися у важких життєвих ситуаціях, а також для підтвердження своїх висновків про людей, які за своїми поведінковими та іншими ознаками знаходяться в умовах життєвої кризи або в пресуїцидальному стані.

Основу методики становить спеціальна карта ризику суїцидальності, в яку включено 31 фактор ризику суїциду. У обстежуваного індивіда необхідно встановити наявність і ступінь вираженості кожного з цих факторів. Збирання інформації здійснюється традиційними методами, які широко використовуються психологами: спостереження, індивідуальні бесіди, вивчення і аналіз документів.

Краще пізнати людину допомагає узагальнення думок про неї знайомих з нею осіб, зіставлення результатів спостережень і висновків з бесід з його оточенням. Багато потрібних даних можна отримати зі спілкування з батьками, близькими і друзями, однокласниками і товаришами по службі потенційного суїцидента. Кваліфіковану допомогу в більш глибокому вивченні людини можуть надати медичні працівники. Достовірність методики підвищується з розширенням джерел інформації і способів вивчення особистості.

На підставі матеріалу, що передує вивченню особистості досліджуваного, а також за результатами вільної бесіди з ним необхідно визначити наявність вираженості у нього зазначених у карті факторів. Навпроти кожного фактора слід поставити його умовну вагу відповідно до таблиці.

*“Вага” факторів ризику суїциду залежно від їх наявності,  
вираженості та значущості*

Характеристика факторів	Номери факторів		
	8; 9; 11–31	5, 6, 7	1–4; 10
Відсутній	–0,5	–0,5	–0,5
Слабко виражений	+0,5	+1,0	+1,5
Присутній	+1,0	+2,0	+3,0
Наявність не виявлено	0	0	0

Наприклад, за наявності факторів 8, 9, 11–31 навпроти них ставлять +1; якщо вони слабо виражені, то ставлять +0,5; якщо не виявлено, ставлять 0; якщо фактор відсутній, ставлять –0,5. Вага факторів 5, 6, 7 оцінюється балами від –0,5 до +2, вага факторів 1–4, 10 складає від –0,5 до +3. Нулем оцінюють також характеристики факторів 7–10 у осіб, які не досягли середнього віку початку статевого життя (19 років) і вступу в шлюб (21 рік).

Потім обчислюють суму “ваг” всіх факторів. Якщо отримана величина менше 8,8 – ризик суїциду незначний. Якщо ця величина коливається від 8,8 до

Продовження додатка Е 15,4, то існує небезпека виконання суїцидальної спроби. Коли сума “ваг” перевищує 15,4, ризик суїциду досліджуваної особи великий, а у випадку вже наявної спроби самогубства – незначний ризик її повторення. За наявності значень, що перевищують критичні, необхідно негайно звернутися до лікарів і провести клініко-психологічне обстеження індивіда.

Для правильного визначення ступеня ризику суїциду необхідно точно дотримуватися всіх зазначених умов. Результати вивчення доцільно записувати в робочий зошит за певною системою. Важливо систематично накопичувати факти і аналізувати їх, надати цій роботі цілеспрямований характер. Навіть при самій хорошій організації не слід розраховувати на швидкий успіх. Безсумнівно одне – гарне знання людини дозволить відразу розпізнати недобре в її поведінці, знайти прийнятні форми психічного контакту, здійснити профілактичний вплив і надати допомогу.

### Карта ризику суїцидальності (досліджувані фактори)

#### I. Дані анамнезу

1. Перша суїцидальна спроба (до 18 років).
2. Раніше мала місце суїцидальна спроба.
3. Суїцидальні спроби у родичів.
4. Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Недостатність дружніх стосунків у родині в дитинстві або юності.
6. Повна або часткова бездоглядність в дитинстві.
7. Початок статевого життя – 16 років і раніше.
8. Провідне місце в системі цінностей належить любовним стосункам.
9. Виробнича сфера не відіграє важливої ролі в системі цінностей.
10. В анамнезі було розлучення.

#### II. Актуальна конфліктна ситуація

11. Ситуація невизначеності, очікування.
12. Конфлікт в області любовних або подружніх відносин.
13. Тривалий службовий конфлікт.
14. Подібний конфлікт мав місце раніше.
15. Конфлікт, обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
16. Суб'єктивне почуття нездоланності конфліктної ситуації.
17. Почуття образи, жалю до себе.
18. Почуття втоми, безсилля.
19. Висловлювання з погрозою суїциду.

#### III. Характеристика особистості

20. Емоційна нестійкість.
21. Імпульсивність.
22. Емоційна залежність, необхідність близьких емоційних контактів.
23. Довірливість.
24. Емоційна в'язкість, нерухомість.

25. Хворобливе самолюбство.
26. Самостійність, відсутність залежності в ухваленні рішень.
27. Напруженість потреб (сильно виражене бажання досягти своєї мети, висока інтенсивність даної потреби).
28. Наполегливість.
29. Рішучість.
30. Безкомпромісність.
31. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів.

### Тест “Суїцидальна мотивація”

Тест, розроблений Ю. Р. Вагіним у 1998 році, дозволяє виявити і кількісно оцінити основні мотиваційні аспекти суїцидальної поведінки:

- альтруїстичний (смерть заради інших);
- анемічний (втрата сенсу життя);
- анестетичний (нестерпність страждання);
- інструментальний (маніпуляція іншими);
- аутопунітичний (самопокарання);
- гетеропунітичний (покарання інших);
- поствітальний (надія на щось краще після смерті).

Тест складається з 34 найбільш типових тверджень, відібраних під час клініко-психологічного дослідження осіб з суїцидальними тенденціями в період 1996–1998 років. Кожному з семи наведених мотиваційних комплексів відповідає 5 висловлювань:

- 1) альтруїстичний – 1, 8, 15, 22, 29;
- 2) анемічний – 2, 9, 16, 23, 30;
- 3) анестетичний – 3, 10, 17, 24, 31;
- 4) інструментальний – 4, 11, 18, 25, 32;
- 5) аутопунітичний – 5, 12, 19, 26, 33;
- 6) гетеропунітичний – 6, 13, 20, 27, 34;
- 7) поствітальний – 7, 14, 21, 28, 35.

З метою дослідження суїцидальних мотиваційних комплексів пропонується заповнити опитувальник або відповісти усно на наведені нижче висловлювання, використовуючи для цього чотири варіанти відповіді:

- 1) “так” – у разі повної згоди з твердженням;
- 2) “частково” – якщо висловлювання в повному обсязі відповідає переживанням;
- 3) “сумніваюся” – якщо немає впевненості, підходить вислів чи ні;
- 4) “ні” – якщо висловлювання не відповідає переживанням.

Кожен з варіантів відповіді оцінюється у балах: “так” – 3 бали, “частково” – 2 бали, “сумніваюся” – 1 бал, “ні” – 0 балів.

Продовження додатка Е

Загальна сума балів за всіма п'ятьма висловлюваннями, що належать до одного з мотиваційних комплексів, визначає вираженість даного комплексу. Максимальна вираженість може дорівнювати  $5 \times 3 = 15$  балів, мінімальна – 0 балів.

На підставі кількісних показників за кожною з семи шкал будується графік, що дозволяє наочно відобразити спектр суїцидальної мотивації конкретного обстежуваного, за яким можна судити про вираженість суїцидальних тенденцій.

Твердження	Так	Частково	Сумніваюся	Ні
1. Думав, якщо помру, то всім буде тільки краще.				
2. У житті втратився якийсь головний сенс.				
3. Мені вважалося, що тільки смерть може позбавити мене від страждань.				
4. Думав доказати щось хоча б своєю смертю.				
5. Я думав, що не маю права більше жити.				
6. Думав померти, та хай спробують пожити без мене.				
7. Я сподівався, що після смерті на мене чекає щось краще.				
8. Я хотів померти, тому що через мене занадто багато проблем.				
9. Здавалося, що все гарне залишилося позаду, а попереду нічого немає.				
10. Думав, що краще померти, ніж так мучитися.				
11. Коли тебе не розуміють, то нічого більше не залишається.				
12. Я думав, що своєю смертю зможу виправити свою вину.				
13. Була така біль та образа, що хотілося помститися.				
14. Я думав померти тут, щоб мати можливість віродитися до нового життя.				
15. Думав, що моя смерть щось навколо змінить на краще.				
16. Тому що життя втратило будь-який сенс.				
17. Я вже не міг більше терпіти все це.				
18. По-іншому я не зміг би нічого довести.				
19. Мені здавалося, що я сам в усьому винен та маю бути покараний.				



## Продовження додатка Е

Твердження	Так	Частково	Сумніваюся	Ні
20. Я добре розумів, що своєю смертю причиню біль и навіть хотів цього.				
21. Мені хотілося піти туди до тих (або до того), кого я люблю.				
22. Я не бажав бути тягарем для навколишніх.				
23. У мене закінчилась якась сила для життя.				
24. Якщо б у мене не був такий біль, я б навіть не думав про смерть.				
25. Мені здається, що мене просто ніхто не помічає.				
26. Тільки я сам можу судити себе за все.				
27. Своєю смертю я хотів покарати.				
28. Думав, що, можливо, там я буду більш щасливим ніж тут.				
29. Хотілося померти, щоб нікому не заважати.				
30. Мене не влаштовувало те життя, яке чекало мене попереду.				
31. Мені здавалося, що якщо життя завдає тільки біль, то краще померти.				
32. Мені хотілося бути самому собі і суддею, і катом.				
33. Було легке задоволення від думки, що своєю смертю я створю проблему.				
34. Я думав про смерть як про шлях до нового життя.				

Продовження додатка Е

**Тест “Протисуїцидальна мотивація”**

Тест, розроблений Ю. Р. Вагіним у 1998 році, дозволяє виявити і кількісно оцінити дев'ять основних мотиваційних аспектів протисуїцидальних мотиваційних комплексів.

1. Провітальна мотивація (страх смерті).
2. Релігійна мотивація.
3. Етична мотивація (почуття обов'язку перед близькими людьми).
4. Моральна мотивація (особисте негативне ставлення до суїцидальної моделі поведінки).
5. Естетична мотивація.
6. Нарцисична мотивація (любов до себе).
7. Мотивація когнітивної надії (як надія якось вирішити ситуацію, знайти вихід).
8. Мотивація тимчасової інфляції (очікування, що з часом щось може змінитися на краще).
9. Мотивація фінальної невизначеності (невпевненість, що вдасться померти).

Тест складається з 45 найбільш типових тверджень, відібраних під час клініко-психологічного дослідження осіб з суїцидальними і безсуїцидальними тенденціями в період 1996–1998 років.

За аналогією з тестом “Суїцидальна мотивація” кожному з наведених мотиваційних комплексів відповідає 5 висловлювань.

Номери висловлювань в тесті, що відповідають кожному комплексу:

- 1) провітальний – 1, 10, 19, 28, 37;
- 2) релігійний – 2, 11, 20, 29, 38;
- 3) етичний – 3, 12, 21, 30, 39;
- 4) моральний – 4, 13, 22, 31, 40;
- 5) естетичний – 5, 14, 23, 32, 41;
- 6) нарцисичний – 6, 15, 24, 33, 42;
- 7) когнітивна надія – 7, 16, 25, 34, 43;
- 8) тимчасова інфляція – 8, 17, 26, 35, 44;
- 9) фінальна невизначеність – 9, 18, 27, 36, 45.

З метою дослідження зазначених мотиваційних комплексів пропонується заповнити опитувальник або відповісти на запропоновані висловлювання, використовуючи для цього чотири варіанти відповіді:

- 1) “так” – у разі повної згоди з твердженням;
- 2) “частково” – якщо висловлювання повністю відповідає переживанням;
- 3) “сумніваюся” – якщо немає впевненості, підходить вислів чи ні;
- 4) “ні” – якщо висловлювання не відповідає переживанням.

Кожен з варіантів відповіді оцінюється за аналогією з дослідженням профілю суїцидальної мотивації.

## Продовження додатка Е

Твердження	Так	Частково	Сумніваюся	Ні
1. Страх стримує від смерті.				
2. Я вважаю, що самогубство – це гріх.				
3. Я не можу покінчити з собою заради своїх близьких.				
4. Я вважаю, що самогубство – це слабкість та боягузтво.				
5. Мені неприємно уявляти своє тіло після самогубства.				
6. Мені ще стільки потрібно зробити в житті.				
7. Я не думаю, що самогубство – це єдиний вихід з ситуації.				
8. Я вважаю, що час – найкращі ліки від усіх проблем.				
9. Я не знаю способу, щоб напевно піти з життя.				
10. Як тільки подумаю, що мені доведеться померти, мене охоплює жах.				
11. Мене стримують мої релігійні переконання.				
12. Не хочу завдавати біль рідним мені людям.				
13. Я вважаю, що тільки безвільна людина може покінчити з собою.				
14. Ті способи, які я можу використовувати, щоб покінчити з життям, такі некрасиві.				
15. Якщо чесно, то мені жалюгідно вбивати себе.				
16. Я сподіваюся знайти інше рішення моїх проблем.				
17. Я сподіваюся, що з часом мені стане легше.				
18. Боюся, що просто не змогу до кінця вбити себе.				
19. Смерть така страшна і жахлива.				
20. Життя дане мені Богом, и я повинен терпіти усі страждання.				
21. Своім проступком я завдам страждання навколишнім.				
22. Я думаю, що всі навколишні осудили б мене за такий проступок.				

## Продовження додатка Е

Твердження	Так	Частково	Сумніваюся	Ні
23. Я б не хотів, щоб моє тіло хтось бачив після того, як я покінчу з собою.				
24. Я вважаю, що мені ще рано вмирати.				
25. Невпевнений, що все, що можна було спробувати зробити, я вже зробив.				
26. Не можна наважуватися відразу на такий крок, потрібно виждати хоча б якийсь час.				
27. Може вийти так, що замість того, щоб померти, на все життя залишишся інвалідом.				
28. При думці про смерть в мене завмирає все всередині.				
29. Якщо я вчиню самогубство, то погублю свою безсмертну душу.				
30. Я повинен жити заради тих, хто поряд зі мною.				
31. Я не хочу, щоб після моєї смерті про мене погано думали.				
32. Мені хотілося б померти легко та красиво, але я не знаю такого способу.				
33. Я думаю, що ще багато міг би пережити гарного у своєму житті.				
34. Завжди можна знайти вихід з кожної ситуації.				
35. На зміну чорній смузі завжди рано чи пізно приходиться біла.				
36. Не можу вигадати надійного способу покінчити з собою.				
37. Якщо чесно зізнатися, то я боюся смерті.				
38. Вчинивши самогубство, я приречу себе на вічні мучення.				
39. Я не можу померти добровільно, тому що є люди, які залежать від мене.				
40. Я думаю, що покінчити з собою – це просто ганебна втеча.				
41. У самому самогубстві є щось некрасиве.				
42. Прикро помирати, не закінчивши всі справи.				
43. Можливо, я просто не знаю, як вирішити ситуацію, але це знає хтось інший.				
44. Навіть якщо проблему не можна вирішити, її можна пережити.				
45. Немає впевненості, що вдасться померти.				

**Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45)**

Методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій, автором її є П. І. Юнацкевич. Обстежуваному пропонується відповісти на 45 питань. Відповіді фіксують на бланку з індексацією “так”, якщо відповідь позитивна, і “ні”, якщо відповідь негативна.

Питання є адекватними суїцидальним проявам. Їх валідація проведена завдяки клінічним дослідженням осіб з суїцидальною поведінкою (n = 175). Використання даних питань і тверджень як додаткового стимульного матеріалу дозволяє виявляти осіб, схильних до суїцидальних реакцій, і формувати з них групу ризику. Ключі наведені в таблицях 1 та 2.

Таблиця 1

*Ключ “Схильність до суїцидальних реакцій”*

“Так” (+)	“Ні” (-)
1, 2, 3, 5, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

Таблиця 2

*Ключ шкали “Брехня” (L)*

“Так” (+)	“Ні” (-)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Інтерпретуючи отримані дані, слід пам'ятати, що методика констатує лише початковий рівень розвитку схильності особистості до суїциду в період її обстеження. За наявності конфліктної ситуації, інших негативних умов деформується мотивація вітального існування (послаблення мотивації у подальшому житті), ця схильність може розвиватися.

Підраховується кількість збігів відповідей з ключем. Оцінний коефіцієнт (Sr) виражається відношенням кількості співпадаючих відповідей до максимально можливого числа збігів (40):

$$Sr = N / 35 \pm 0,07,$$

де N – кількість співпадаючих з ключем відповідей.

Показники, отримані за методикою, можуть варіюватися від 0 до 1. Показники, близькі до 1, свідчать про високий рівень схильності до суїцидальних реакцій, близькі до нуля – про низький рівень (табл. 3).

Таблиця 3

*Шкала оцінок схильності до суїцидальних реакцій (S)*

Рівень оцінки S	Рівень проявлення	Оцінка
0,01 – 0,23	Низький	5
0,24 – 0,38	Нижче середнього	4
0,39 – 0,59	Середній	3
0,60 – 0,74	Вище середнього	2
0,75 – 1,00	Високий	1

Продовження додатка Е

В обстежуваних, які отримали оцінку “4”, може виникнути суїцидальна реакція тільки на тлі тривалої психічної травматизації і у реактивних психічних станах.

Для обстежуваних, які отримали оцінку “3”, потенціал схильності до суїцидних реакцій не відрізняється високою стійкістю.

Обстежувані, які отримали оцінку “2”, віднесені до групи суїцидального ризику з високим рівнем схильності до суїцидних реакцій. Вони можуть, відчуваючи труднощі у військово-професійної адаптації, здійснити суїцидальну спробу або реалізувати саморуйнівну поведінку.

Обстежувані, які отримали оцінку “1”, мають дуже високий рівень прояву схильності до суїцидних реакцій. Очевидно, вони переживають ситуацію внутрішнього і зовнішнього конфлікту і потребують додаткової медико-психолого-педагогічної допомоги.

Оцінний коефіцієнт (L) виражається відношенням кількості співпадаючих відповідей до максимально можливого числа збігів (10):

$$L = N / 10 \pm 0,16,$$

де N – кількість співпадаючих з ключем відповідей.

Показники, отримані за шкалою “Брехня”, можуть варіюватися від 0 до 1. Показники, близькі до 1, свідчать про високе прагнення прикрасити себе і неадекватність відповідей, а ті, що близькі до нуля, – про низький рівень ймовірності результатів обстеження (за умови  $L < 0,6 \pm 0,16$ ).

*Інструкція.* Вам будуть запропоновані твердження, що стосуються вашого здоров'я і характеру. Якщо ви згодні з твердженням, поставте “+” в графі “Так”, якщо ні – поставте “-” в графі “Ні”. Над відповідями довго не замислюйтеся, правильних або неправильних відповідей немає.

№	Твердження	Так	Ні
1.	Як ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в деякій ситуації?		
2.	Життя іноді гірше смерті.		
3.	У минулому в мене була спроба піти з життя.		
4.	Багато людей мене люблять, розуміють та цінують.		
5.	Можна виправдати безнадійно хворих, що вибрали добровільну смерть.		
6.	Я не думаю, що сам можу опинитися у безнадійному становищі.		
7.	Сенс життя не завжди буває зрозумілий, його можна іноді втратити або не знайти.		
8.	Як ви вважаєте, опинившись у ситуації, коли вас зрадять близькі та рідні, ви спроможетеся жити далі?		
9.	Я іноді думаю про свою добровільну смерть.		
10.	У кожній ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не було варто.		

## Продовження додатка Е

№	Твердження	Так	Ні
11.	Завжди та скрізь намагаюся бути абсолютно чесною людиною.		
12.	У мене у принципі немає недоліків.		
13.	Може бути, далі я жити не зможу.		
14.	Дивно, що деякі люди, опинившись у безвихідному становищі, не бажають покінчити з собою.		
15.	Відчуття приреченості в підсумку призводить до добровільного уходу з життя.		
16.	Якщо буде потрібно, то можна виправдати свій ухід з життя.		
17.	Мені не подобається грати зі смертю наодинці.		
18.	Часто саме перше враження про людину є визначальним.		
19.	Я пробував різні способи уходу з життя.		
20.	У критичний момент я завжди можу справитися з собою.		
21.	У школі я завжди відрізнявся тільки гарною поведінкою.		
22.	Можу обманювати навколишніх, щоб погіршити своє становище.		
23.	Навколо мене достатньо багато нечесних людей.		
24.	Іноді я вибирав декілька способів покінчити з собою.		
25.	Достатньо часто мене намагаються обманути.		
26.	Я б не бажав миттєвої смерті після важких переживань.		
27.	Я став би жити далі, якщо б трапилася світова ядерна війна.		
28.	Людина вільна поступати зі своїм життям так, як їй хочеться, навіть якщо вона шукає смерть.		
29.	Якщо людина не вміє подати себе з вигідного боку керівництву, то вона багато чого втрачає.		
30.	Нікому ніколи не писав передсмертну записку.		
31.	Іноді намагався покінчити з собою.		
32.	Ніколи не буває безвихідних ситуацій.		
33.	Пробував покінчити з собою таким чином, щоб не відчувати сильній біль.		
34.	Треба вміти приховувати свої думки від інших, навіть якщо їм немає до мене діла.		
35.	Душа людини напевне зазнає полегшення, якщо сама залишає цей світ.		
36.	Можу виправдати кожний свій вчинок.		
37.	Якщо я щось роблю, а мені починають заважати, то я все одно буду робити те, що задумав.		
38.	Щоб людині позбутися невиліковної хвороби та припинити мучитися, вона напевне повинна сама припинити свої страждання та піти з життя добровільно.		
39.	Буває, що я сумніваюся у психічному здоров'ї деяких моїх знайомих.		
40.	Іноді я наважувався покінчити з собою.		

## Продовження додатка Е

№	Твердження	Так	Ні
41.	Мене непокоїть відсутність почуття щастя.		
42.	Я ніколи не порушую закону навіть в дрібницях.		
43.	Іноді мені хочеться заснути та не прокинутися.		
44.	Іноді мені було дуже соромно через те, що хотілося піти з життя.		
45.	Навіть у самій важкій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не було варто.		



Продовження додатка Е

**Опитувальник “Мотивація вживання алкоголю”**

Прізвище \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і виберіть варіант відповіді з чотирьох можливих.

№	Твердження	Достатньо часто	Рідко, але не менше ніж 2 рази в житті	Сумніваюся	Абсолютно не підходить мені
1	2	3	4	5	6
1.	Випиваю по святам для посилення почуття радості.				
2.	Випиваю, тому що незручно відмовитися від випивки.				
3.	Вважаю, що пити гарне вино перед їжею корисно.				
4.	П'ю, щоб отримати задоволення.				
5.	Випиваю, щоб позбутися внутрішнього напруження та страху.				
6.	П'ю з нудьги, не виходить розважатися без випивки.				
7.	Коли вип'ю, почуваю себе здоровим.				
8.	П'ю, тому що невідступно переслідують думки про випивку.				
9.	Випиваю на зло всім, хто виховує мене та сварить за пияцтво: дружина, начальство, родичі.				
10.	Випиваю у день зарплати та вихідні.				
11.	Випиваю з товаришами по службі, щоб не зіпсувати стосунки відмовою.				
12.	Вважаю, що культурна людина повинна розбиратися в марках вин, знати види спиртних напоїв.				
13.	П'ю, тому що подобаються приємні відчуття у стані сп'яніння: тепло, розслаблення тощо.				
14.	Алкоголь зменшує боязкість, робить мене сміливішим.				
15.	Випиваю, щоб змінити свій стан, загострити почуття та інтерес до життя.				
16.	Випиваю, щоб зняти похмілля, не хворіти після попередньої випивки.				
17.	Випиваю поза власною волею через сильне бажання напитися.				

## Продовження додатка Е

1	2	3	4	5	6
18.	Напиваюся, тому що нехтую своїм життям, давно не поважаю себе.				
19.	Випиваю з приводу зустрічі з друзями, родичами, приятелями.				
20.	Не відмовляюся від випивки, щоб з мене не підсміювалися.				
21.	За надання мені послуг розраховуюсь спиртними напоями та сам вживаю алкоголь як подарунок, як це прийнято.				
22.	Випиваю для того, щоб зазнати почуття благополуччя та щастя.				
23.	П'ю, щоб забути неприємні події, горе, розчарування.				
24.	Коли випиваю, час минає швидше, цікавіше, а без випивки він тягнеться довго и нудно.				
25.	Поки не випив, відчуваю себе кепсько, нічого не хочеться робити.				
26.	Випиваю, через те що не можу побороти в себе тягу до алкоголю, бажання напиться.				
27.	Випиваю через протиріччя, не хочу бути зразковим, непитущим.				
28.	Випиваю, щоб зав'язати ділові й особисті знайомства.				
29.	Мене змушує пити компанія або група знайомих, спілкування з якими мені приємно.				
30.	Випиваю, тому що вживання хороших вин, іншого високоякісного алкоголю – ознака матеріального благополуччя та культури.				
31.	Випиваю, тому що випивка сприяє приємному проведенню часу, спілкуванню, розвагам.				
32.	Випиваю, щоб позбутися відчуття провини та поганого настрою.				
33.	П'ю, тому що випивка додає сил и енергії, збуджує мене.				
34.	Випиваю з ранку для бадьорості, щоб відновити працездатність.				
35.	Випиваю без всяких приводів та причин, коли є щось випити.				
36.	П'ю, тому що мене вважають пропашною людиною, невдахою або алкоголіком.				
37.	Випиваю, тому що прийнято “обмивати” покупку, угоду, закінчену роботу, важливі події в житті.				

## Продовження додатка Е

1	2	3	4	5	6
38.	Якщо б непитущі друзі, я б стільки не пив, скільки п'ю.				
39.	Прагну випивати культурно: помірно в естетичній обстановці, за гарним столом.				
40.	Випиваю, тому що гарна закуска викликає радісне почуття та бажання випити.				
41.	Випивка рятує мене від тривоги та занепокоєння.				
42.	Коли я вип'ю, становлюся сміливіше, можу піти на ризик, відчуваю себе справжнім чоловіком.				
43.	Випиваю, щоб зменшити тремтіння в руках і поліпшити самопочуття.				
44.	Випиваю автоматично, як тільки побачу спиртне.				
45.	П'ю, тому що зовсім не ціную своє життя.				

*Ключ до опитувальника “Мотивація вживання алкоголю”*

№	Мотиви	Бали
1.	Соціально-психологічні.	
	1.1. Традиційні, культуральні.	1, 10, 19, 28, 37
	1.2. Субпідлеглі, що відображають підпорядкування тиску інших, небажання відповідати за свої дії.	2, 11, 20, 29, 38
	1.3. Псевдокультурні (бажання привернути увагу оточуючих витонченістю смаку, відчути приналежність до вищого світу).	3, 12, 21, 30, 39
2.	Особистісні, персонально значущі.	
	2.1. Гедоністичні (потреба в одержанні задоволення).	4, 13, 22, 31, 40
	2.2. Атарактичні (бажання нейтралізувати негативні емоційні переживання).	5, 14, 23, 32, 41
	2.3. Гіперактивна поведінка (бажання розгальмування афекту, вражень, переживань, поліпшення працездатності).	6, 15, 24, 33, 42
3.	Патологічні (на клінічному рівні).	
	3.1. “Похмільні” – зняття алкогольного абстинентного синдрому.	7, 16, 25, 34, 43
	3.2. “Адективні” – пристрасть до алкоголю, прагнення сп'яніння.	8, 17, 26, 35, 44
	3.3. Мотиви самопокарання (заподіяти зло собі і оточуючим).	9, 18, 27, 36, 45
Індекс мотиваційного напруження		сума мотивів 1, 2, 3

Достатньо часто – 3 бали.

Рідко, але не менше ніж 2 рази в житті – 2 бали.

Сумніваюся – 1 бал.

Абсолютно не підходить мені – 0 балів.

*Шкала мотиваційної напруги*

Від 0 до 16,6	Норма.
16,6 – 35	Наростання психологічної залежності, зростання толерантності.
35 – 50	Критична психологічна залежність від алкоголю.
50 – 56,3	Хворі на алкоголізм, виникнення фізичної залежності, психопатизація особистості.
Більше 56,3	Важкі форми алкоголізму, фізична залежність, деградація особистості, органічна патологія.

## Методика експрес-діагностики (скринінгу) хронічної алкогольної інтоксикації

Методика пропонує спосіб експрес-діагностики зловживання алкоголем, минаючи незручні, що насторожують, питання про кількість і частоту вживання алкоголю. Метод високочутливий і специфічний, простий, економічно доступний.

Методика експрес-діагностики хронічної алкогольної інтоксикації призначена для своєчасного виявлення станів хронічної алкогольної інтоксикації у військовослужбовців під час проведення профілактичних (планових і цільових) оглядів (обстежень). Вона призначена для обстеження осіб віком 30–65 років.

Методика поєднує три основні тести. Перший – широко апробований у світі опитувальник “СAGE”; другий – анкета “ПАС” (постінтоксикаційний алкогольний синдром), розроблена В. П. Необхідною, П. П. Огурцовим, А. Е. Успенським, яка дозволяє оцінити вираженість патологічних реакцій на алкоголь; третій – модифікований тест “Сітка Lego”, який базується на виявленні об’єктивних фізичних ознак хронічної алкогольної інтоксикації (ХАІ).

### Опитувальник “СAGE” (си-эй-джи-и)

Тест “СAGE” має перевагу порівняно з іншими зарубіжними тестами аналогічного призначення не тільки через простоту використання. Він найбільшою мірою враховує особливості ставлення до алкоголю і не містить насторожуючих прямих питань, наприклад, “Скільки і як часто Ви вживаєте спиртні напої?”.

Оскільки тест “СAGE” пропонується використовувати не окремо, а в комплексі з іншими методами, то з метою забезпечення високої специфічності скринінгу його слід вважати позитивним лише у разі високого кількісного порога ознак зловживання алкоголем – за наявності всіх чотирьох стверджувальних відповідей.

Інтерпретація тесту “СAGE” найчастіше проводиться таким чином:

- позитивні відповіді на три питання дозволяють припускати систематичне вживання алкоголю;
- позитивні відповіді на всі чотири питання майже напевно вказують на систематичне вживання алкоголю, що наближається до стану залежності (алкоголізму).

*Інструкція.* Дайте відповіді на питання, як ви їх розумієте. У випадку позитивної відповіді поставте хрестик у квадраті “Так”, у разі негативної – в квадраті “Ні”. У випадку труднощів з відповіддю не позначайте нічого.

П.І.Б. \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_  
 Освіта \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Дата обстеження \_\_\_\_\_ Реєстрація № \_\_\_\_\_

1. Чи виникало у вас відчуття того, що вам слід скоротити вживання спиртних напоїв?	Так	Ні
2. Чи виникало або є у вас відчуття роздратування, якщо друзі або родичі говорили вам про необхідність скоротити вживання спиртних напоїв?	Так	Ні
3. Чи відчували ви почуття провини, пов'язане з вживанням спиртних напоїв?	Так	Ні
4. Чи виникало у вас бажання прийняти спиртне, як тільки ви прокидалися після вживання алкоголю?	Так	Ні

### Анкета “ПАС”

*Інструкція.* У переліку неприємних фізіологічних відчуттів або проявів позначте ті, які ви помічаєте у себе наступного дня після вживання напоїв, що містять алкоголь.

Наявність неприємних фізіологічних відчуттів або проявів позначте в квадраті хрестом. Відповідати на питання слід самостійно, не радячись з іншими особами.

П.І.Б. \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_  
 Освіта \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Дата обстеження \_\_\_\_\_ Реєстрація № \_\_\_\_\_

- |                                     |                          |                                |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Занепокоєння і збудження         | <input type="checkbox"/> | 19. Відсутність апетиту        | <input type="checkbox"/> |
| 2. Блідість (холодна волога шкіра)  | <input type="checkbox"/> | 20. Відчуття серцебиття        | <input type="checkbox"/> |
| 3. Біль в області серця             | <input type="checkbox"/> | 21. Перебої в роботі серця     | <input type="checkbox"/> |
| 4. Сильне почервоніння обличчя      | <input type="checkbox"/> | 22. Підвищене відділення слини | <input type="checkbox"/> |
| 5. Головний біль                    | <input type="checkbox"/> | 23. Потреба закурити           | <input type="checkbox"/> |
| 6. Запаморочення                    | <input type="checkbox"/> | 24. Потреба прийняти ліки      | <input type="checkbox"/> |
| 7. Тремтіння пальців рук            | <input type="checkbox"/> | 25. Провали в пам'яті          | <input type="checkbox"/> |
| 8. Бажання вжити алкоголь           | <input type="checkbox"/> | 26. Дратівливість і озлоблення | <input type="checkbox"/> |
| 9. Жовтушність шкірних покривів     | <input type="checkbox"/> | 27. Блювота і нудота           | <input type="checkbox"/> |
| 10. Зміна чутливості шкіри          | <input type="checkbox"/> | 28. Блювота кривава            | <input type="checkbox"/> |
| 11. Порушення стулу (пронос, запор) | <input type="checkbox"/> | 29. Зниження статевого потягу  | <input type="checkbox"/> |
| 12. Нездужання і стомлюваність      | <input type="checkbox"/> | 30. Сухість у роті             | <input type="checkbox"/> |
| 13. Нервово напруження              | <input type="checkbox"/> | 31. Висип на шкірі             | <input type="checkbox"/> |
| 14. Носові кровотечі                | <input type="checkbox"/> | 32. Надмірний апетит           | <input type="checkbox"/> |
| 15. Непритомний стан                | <input type="checkbox"/> | 33. Надмірна спрага            | <input type="checkbox"/> |
| 16. Задишка                         | <input type="checkbox"/> | 34. Надмірна пітливість        | <input type="checkbox"/> |
| 17. набряки на ногах                | <input type="checkbox"/> | 35. Хитка хода                 | <input type="checkbox"/> |
| 18. набряклість обличчя             | <input type="checkbox"/> |                                |                          |

*Оцінювання результатів.* 15 і більше позитивних відповідей передбачає високу ймовірність тривалого і регулярного вживання алкоголю в небезпечних для здоров'я дозах (втрата кількісного контролю, зрив базального метаболізму печінки з гіперпродукцією ацетальдегіду, важкі похмільні і абстинентні стани і т. п.). У цьому випадку тест вважається позитивним.

### “Сітка Lego” (карта фізичних ознак ХАІ)

Модифікований тест “Сітка Lego” заповнюють психолог або лікар за даними об'єктивних фізичних ознак, що виявляються під час зовнішнього огляду.

П.І.Б. \_\_\_\_\_ Рік народження \_\_\_\_\_  
 Освіта \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Дата обстеження \_\_\_\_\_ Реєстрація № \_\_\_\_\_

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Надлишок жирів тканини              | <input type="checkbox"/> | 10. Обкладений язик                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Дефіцит маси тіла                   | <input type="checkbox"/> | 11. Наявність татуювання                  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Транзиторна артеріальна гіпертензія | <input type="checkbox"/> | 12. Контрактура Дюпюитрена                | <input type="checkbox"/> |
| 4. Тремор пальців рук                  | <input type="checkbox"/> | 13. Венозний повнокровний кон'юнктивит    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Полінейропатія                      | <input type="checkbox"/> | 14. Гіперемія обличчя, розширені капіляри | <input type="checkbox"/> |
| 6. М'язова атрофія                     | <input type="checkbox"/> | 15. Гепатомегія                           | <input type="checkbox"/> |
| 7. Гіпергідроз                         | <input type="checkbox"/> | 16. Телеангіоектазії                      | <input type="checkbox"/> |
| 8. Гінекомастія                        | <input type="checkbox"/> | 17. Пальмарна еритема                     | <input type="checkbox"/> |
| 9. Збільшення привушних залоз          | <input type="checkbox"/> | 18. Травми, опіки, відмороження           | <input type="checkbox"/> |

*Оцінювання результатів.* 6, 7 і більше наявних фізичних ознак, специфічних для осіб, які зловживають алкоголем, свідчить про регулярне вживання алкоголю. Тест вважається позитивним на стан ХАІ.

### Загальне оцінювання результатів

Стан хронічної алкогольної інтоксикації вважається високоймовірним, якщо хоча б один з трьох тестів, що входять в комплекс, дає позитивний результат.

Встановлення діагнозу “алкоголізм”, є прерогатива лікарів-наркологів і психіатрів. Остаточний висновок за результатами обстеження методом експрес-діагностики хронічної алкогольної інтоксикації не повинен бути синонімом алкоголізму, щоб уникнути етичних проблем, але разом з тим і не виключати його повністю. Відповідно до міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10) ХАІ може бути класифікований під рубрикою T51.0 – токсична дія алкоголю (гострі отруєння алкоголем в цю рубрику не входять) або як P10.1 – згубне вживання психоактивної речовини, або Z72.1 – проблеми, пов'язані зі способом життя (вживання алкоголю).

Постаратися зацікавити його більшу частину часу знаходитися в інших приміщеннях.

17. Буває, що людина, яка повернулася із зони бойових дій, довго мовчить, але в якийсь момент зривається і починає трощити все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально намагатися прибрати всі колочо-ріжучі предмети, щоб вони не потрапили під руку, обмежити перебування людини на кухні.

18. При проявах агресії на словах - намагайтеся говорити з людиною спокійно. Буде дуже складно, тому що всередині Вас все закипить, але піддаватися на цю агресію не можна. Потрібно своєю поведінкою, інтонацією і реакцією давати зрозуміти, що Ви розумієте, як йому важко. Або що Вам складно це зрозуміти, але від того, що на Вас кричать, зрозуміліше не стає.

19. Якщо прояви агресії супроводжуються зловживанням алкоголю - потрібно негайно звертатися до фахівців. Тому що спиртне гарантує непередбачуваність в будь-якому стані.

20. Якщо людина приїхала із зони АТО нетвереза і не тверезіє кілька днів, і це не властива їй поведінка - відразу звертайтеся до нарколога або психотерапевта. Коли у людини виникає абстинентний синдром - похмілля - це залежність. На наступній стадії похмілля не виникає - це означає, що організм вже не пручається, людині потрібно вкрай мала кількість алкоголю, щоб прийти в ейфорію. Це вже не побутовий алкоголізм, це залежність, яку потрібно лікувати терапевтично. Те ж стосується залежності від легких наркотиків - вона має лікуватися у фахівців.

21. Багато бійців АТО скаржаться на болі в спині. Пройдіть дослідження - носіння бронезилета і переміщення на бронетехніці тривалий час може стати причиною проблем з хребтом. Якщо не знайдені якісь фізичні проблеми в ході дослідження, то травма є психосоматичною. З нею теж потрібно звертатися до фахівців. Потрібні розслаблюючі масажі, фізіотерапевтичні процедури, плавання, гімнастика.

22. Проведіть лікнеп. Поясніть, що психолог - це не людина-енциклопедія. Психолог - це людина яка працює зі здоровими людьми, які потрапили в складні ситуації.

23. Якщо людина не хоче йти до психолога, але готова йти на сповідь до духівника - йдіть до церкви. В окопах атеїстів немає.

### **Пам'ятайте!**

*Ви можете звернутись за допомогою до:*

**1. Командира військової частини**

П.І.Б. \_\_\_\_\_

**2. Заступника по роботі з особовим роботи**

П.І.Б. \_\_\_\_\_

**2. Безпосереднього командира**

П.І.Б. \_\_\_\_\_

**3. Психолога військової частини**

Після демобілізації ви можете звернутись за допомогою до соціальної служби за вашим місцем проживанням

## **Додаток Ж**

### **НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ**

**Науково-дослідний центр службово-бойової діяльності Національної гвардії України  
Науково-дослідна лабораторія морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності Національної гвардії України**

### **Поради членам родин військовослужбовців, які є учасниками бойових дій**



*Іноді психологічні травми можуть бути більш небезпечні ніж травми фізичні - вони здатні нашкодити здоров'ю і життю самих військовослужбовців, а також тих, хто їх оточує.*



Багато військовослужбовців повернуться із зони ООС з величезним багажем психологічних переживань, зміною стилю поведінки до війни, що безпосередньо пов'язано з бойовим досвідом, отриманим в результаті життєво небезпечних ситуацій. ***Що ж тоді робити? Успішна психологічна реабілітація та ресоціалізація ґрунтуються на трьох основних діях - спілкуванні, прийнятті учасника бойових дій таким, яким він є і допомогти фахівця.***

Про які правила, повинні пам'ятати сім'ї учасників бойових дій:

1. Поки військовослужбовець знаходиться в зоні АТО, не розповідайте йому про свої страхи і тривоги, не плачте в трубку. Людина, яка перебуває в зоні бойових дій, живе на межі своїх можливостей. Якщо у нього не буде впевненості, що вдома все добре, він не зможе ефективно виконувати бойові завдання. Бійцю потрібно дати зрозуміти, що вдома чекають його якнайшвидшого повернення, за нього переживають, його люблять і знають, що він повернеться живий, здоровий і з перемогою.

2. У кожній родині є побоювання, що за час відряджень у зону АТО військовослужбовець зміниться і вони перестануть знаходити спільну мову. Для попередження цього рекомендується використовувати такий стиль спілкування, як «змінюємося разом». «Змінюватися разом» - це значить говорити один з одним (по телефону) про те, як життя впливає на нас тим, що відбувається зараз, а не обговорювати деталі того, що вже відбулося, не підіймати старі конфлікти і не «з'ясовувати» старі стосунки. Єдине правило цього способу спілкування полягає в тому, що обом потрібно прийти до домовленості, що про щоб вони не говорили, один «не лікує» іншого. Все, що їм потрібно один від одного, – поділитися досвідом і розумінням значимості події. Завдяки цьому стилю військовослужбовець буде знати, що саме його близькі зробили, щоб вижити чи вирости, поки його не було поруч.

3. Переживання в сім'ях військовослужбовців неминучі, але «граду» хвилювання можна знизити, обмеживши доступ до ЗМІ і захистивши себе від повідомлень «все пропало, всіх зливають». Є зв'язок з Вашим сином / чоловіком / братом - з ним все добре. На все інше краще не звертати уваги.

4. Вільний час краще витратити не на перегляд телевізора, а на будь-яку діяльність, пов'язану з наданням допомоги нашим військовослужбовцям. Наприклад, допомога пораненим в госпіталі. Займати свій час і думки потрібно роботою на перемогу. Не можна давати собі можливість лінуватися. З ліни і часу на вільну філософію на політичні теми нічого доброго не вийде. Краще переходити від слів до

практики. Від маленького кроку окремої людини складається загальний настрій сім'ї, вулиці, міста і країни.

5. Найскладніше в ситуації, що склалася, матерям військових. Багато з них нерідко виявляються на грані відчаю. Для них вкрай важливо присутність поруч людини, який морально сильніше і здатний контролювати емоції. Дайте їм зрозуміти, що поруч є хтось, хто може підтримати і допомогти.

6. Приготуйтеся, що військовослужбовець, який повернувся з зони бойових дій, - це вже інша людина, що отримала унікальний досвід. Її потрібно прийняти разом з новими поглядами, знайомствами, проблемами, страхами і, можливо, проявами агресії. Повернення до мирного життя може затягнутися, але без любові, турботи, тепла і, найголовніше, - прийняття сім'ї воно стане практично неможливим.

7. Пам'ятайте: військовослужбовець, який пройшов війну, став у сто разів сильніше, мудріше і досвідченіше. Він повернувся. Живий. Повернувся саме до Вас. Все інше - труднощі, які можна пережити, якщо Ви націлені на те, щоб прожити з ним щасливе життя.

8. Не відгороджуйтеся. В іншому випадку людина залишається зі своїми спогадами, часом небезпечними для її психічного здоров'я. Це призводить до внутрішнього конфлікту, який буде поступово посилюватися. У результаті виходів з нього може виявитися багато і всі вони будуть деструктивні для особистості і соціуму.

9. Слухайте його. Це важливо. Босць повинен зрозуміти, що поруч з ним його рідна людина, яка прийме його будь-яким. Він повинен зрозуміти, що він потрібен. Багато хлопців закриваються в собі, якщо бачать, що дружина відкидає його новий досвід і каже, що не хоче чути про вбивства і кров. Але він-то цього не може забути, а поділитися йому більше ні з ким. Відсутність цієї можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Домівка повинна стати для нього місцем, де можна розслабитися і розкритися.

10. Забороніть собі ображатися. Не можна будувати припущення «... він зі мною не розмовляє, бо ...». Не можна ставити себе в роль жертви. Людина була в ситуації, де все по-справжньому. У зоні бойових дій немає тієї дипломатії, до якої ми звикли в повсякденному житті, - там не скажи, тут посміхнися, умовності збережи, так себе не поведи. Ця людина налаштована категорично, вона так звикла. Через це можуть виникати конфлікти.

11. Щоб людина швидше адаптувалася, її потрібно залучати до повсякденного життя. Вона повинна розуміти, що потрібна тут і не є тягарем. В іншому випадку, в свідомості бійців виникає розлом - там він герой, а тут дружина робить все сама,

## Кінець додатка Ж

щоб він начебто як відпочив. Ні в якому разі не можна жаліти людину, потрібно залучати в побутові питання в міру готовності.

12. Якщо немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька. Дитина - це додаткова ниточка, яка прив'язує бійця до реального життя. Діти розуміють більше, ніж Вам здається. Їх участь і співпереживання може стати для людини рятівними.

13. Якщо людині починають снитися кошмари - зверніться до психотерапевта або психолога. Вони допоможуть створити комфортні умови, які сприятимуть усвідомленню безпеки. Приклад: босць повернувся додому без видимих фізичних ушкоджень. Однак, коли дружина вимикала світло і вони лягали спати, йому починало здаватися, що поруч сепаратист, який може його задушити. Він починав захищатися. Ситуацію врятувала порада психолога залишати включеним нічник. Людина прокидається від кошмару, дивиться на всі боки, бачить, що вона удома, її життя нічого не загрожує, жодних сепаратистів немає - поруч кохана дружина.

14. Є розуміння того, що поруч бажана дружина. Нерідко учасники бойових дій кажуть, що пропадає сексуальний потяг і з'являється агресивний настрій. З цим можна впоратися, якщо підходити до чоловіка з боку, супроводжуючи це голосом. Ласкаво погладжуйте спину і плечі, ніжно обіймайте. Його потрібно поступово привчати, що вся небезпека минула і удару в спину не буде.

15. Якщо людина не виносить фізичних контактів в принципі - приготуйтеся до того, що потрібно поступово, день за днем, можливо - тиждень за тижнем, налагоджувати контакт. Людина повинна «відтанути». Згадайте, як годували в парку білочок. Ви протягуєте їй руку з горіхами і чекаєте, поки вона не зрозуміє, що ситуація безпечна і Ви бажаєте їй добра - хочете погодувати її саме зі своєї руки. З людиною механізм той же. Чоловіку потрібно дати зрозуміти, що він може прийти до Вас в будь-який момент. Ось Ваша рука, Ви поруч і будете чекати стільки, скільки потрібно, щоб він зміг протягнути свою руку у відповідь.

16. Агресія рідко виникає в колі сім'ї. В основному, це відбувається в компаніях - хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, неправильно подивився. Якщо Ви бачите, що ваш чоловік / брат / друг починає заводитися - постарайтеся заручитися підтримкою друзів, які поруч, і вивести людину із зони ризику. Якщо в компанії з'являється людина, яка може спровокувати військовослужбовця на конфлікт (це завжди помітно), потрібно зробити все можливе, щоб уникнути такої ситуації.

## Екстрена психологічна допомога при спробі самогубства

Загальна схема екстреної психологічної допомоги при спробі самогубства складається з шести етапів.

1. Збирання інформації, прийняття рішення про те, хто і яку допомогу буде надавати.
2. Оцінювання летальності (оцінювання ймовірності здійснення спроби самогубства).
3. Приєднання до суїцидента.
4. Пошук і актуалізація ресурсу.
5. Стадія “вислуховування”.
6. Стадія “повороту на 180°”.
7. Завершення ситуації.

### *Етап 1. Збирання інформації.*

Збирання інформації відбувається за умови, що часу практично немає. Виходячи з цього, мають бути виділені аспекти, вкрай важливі для роботи:

- стать, приблизний вік (необхідно для того, щоб оцінити ймовірність здійснення спроби);
- привід (які події передували вчиненню спроби суїциду), це необхідно для вибору теми розмови;
- наявність або відсутність психіатричного діагнозу (для вибору стратегії допомоги та забезпечення власної безпеки);
- алкогольне або наркотичне сп'яніння (хронічний алкоголізм), це важливо для оцінювання летальності, вибору стратегії розмови;
- хто присутній із значущих людей (в багатьох випадках у близьких можна отримати додаткову інформацію, також вони – допомога і підтримка суїцидента в наступні періоди);
- чи були інші спроби самогубства у суїцидента (можлива хронічна суїцидальна поведінка).

Невелика кількість питань, які необхідно з'ясувати, дозволяє зібрати інформацію і сформулювати необхідні для роботи висновки в короткі терміни. Безумовно, наявність будь-якої додаткової інформації важлива. Однак у кожному конкретному випадку необхідно зіставити важливість цієї інформації і час, який буде витрачено на її збирання. У деяких випадках необхідну інформацію зібрати не вдасться, тоді потрібно обережно і усвідомлено підходити до надання екстреної психологічної допомоги. На підставі зібраної інформації необхідно прийняти рішення про те, хто конкретно буде надавати допомогу. Вирішальними тут є два чинники:

- психологічна готовність фахівця надати таку допомогу;
- стать; виявлена така закономірність: допомога ефективніша, якщо її надає людина протилежної статі, однак, у деяких ситуаціях це правило не діє (сексуальне насильство – допомогу має надавати особа, однієї статі з потерпілим; деякі ситуації нерозділеного кохання).

Після того, як була зібрана інформація та прийнято рішення про те, хто і яку допомогу надає, можна приступати до наступного етапу.

*Етап 2. Оцінювання летальності.*

Необхідно оцінити ризик летальності. Незважаючи на те, що етап короткий, він дуже важливий для визначення стратегії подальшої роботи. Неможливо з абсолютною точністю передбачити, закінчиться суїцидальна спроба смертю чи ні. Однак, спираючись на статистичні дані, можна оцінити, наскільки великий ризик здійснення такої спроби і визначити, чи входить суїцидент до групи ризику.

Загальні правила для оцінювання летальності такі:

– враховують стать суїцидента; чоловіки частіше скоюють самогубства ніж жінки (1:4); жінки частіше роблять спроби самогубства, що не закінчуються летальним результатом;

– враховують вік суїцидента; групами ризику є підлітки і чоловіки 20–30 років та люди старше 60 років;

– враховують стан психіки суїцидента; людина в стані наркотичного або алкогольного сп'яніння швидше зробить спробу самогубства; хронічні алкоголіки і наркомани взагалі складають групу ризику;

– наявність психічного захворювання збільшує ризик завершеного суїциду;

– важливо, оцінюючи летальність, враховувати і наявність антисуїцидальних факторів.

Максимальний ризик існує, якщо суїцидент – чоловік старше 50 років (майже 100 % летальний результат); мінімальний ризик – якщо суїцидентом є жінка 15–35 років.

Зібравши максимум доступної інформації і виділивши суїцидальні і антисуїцидальні фактори, що впливають на людину, необхідно намагатися визначити, з яким суїцидом маємо справу, для того, щоб вибрати оптимальну стратегію роботи і підхід до даної людини.

*Етап 3. Приєднання до суїцидента.*

Людина, яка зважилася покінчити з життям, сприймає весь світ як ворожий. Вона потребує допомоги, але не визнає цього і відкидає спроби поговорити з нею. У такій ситуації приєднання надзвичайно важливо, воно допомагає встановити контакт між фахівцем і суїцидентом, даючи відчуття останньому, що людина, яка надає йому допомогу, є союзником, соратником, який допомагає йому впоратися з кризовою ситуацією, а не діє від імені ворожого світу.

Важливо не тільки зайняти таку позицію, а й “повідомити” про неї суїцидента. За даними фахівців, переважна частина інформації передається за допомогою невербальних (поза, жести, міміка) і паравербальних (інтонація, тон, тембр голосу) механізмів. Згадана інформація передається нами і сприймається оточуючими незалежно від нашого бажання. Звичайної кількості

Продовження додатка И  
інформації достатньо в повсякденному житті, а в критичній ситуації необхідно посилювати ці сигнали. Багато в чому вирішальними є навички невербального підстроювання, “віддзеркалювання”. Нагадаємо, що виділяють приєднання за диханням, інтонацією, темпом мови, позою.

Основні правила спілкування з суїцидентом:

- звертайтеся до співрозмовника по імені;
- використовуйте прийоми непрямого навіювання;
- якщо суїцидент заговорив з вами, спирайтеся в розмові на “ту його частину, яка хоче жити”.

*Етап 4. Пошук і актуалізація ресурсу.*

У будь-якій ситуації, навіть якщо вона здається самою негативною, існують позитивні моменти. Таким може бути факт того, що подія вже сталася, що людині вдалося вижити, а також життєвий досвід (“все, що не вбиває мене, робить мене сильніше”) і т. ін. Важливо знайти такі моменти для суїцидента, сконцентрувати його увагу на тому, що вони є. Показати йому унікальність його життєвого досвіду і його користь для оточуючих і нього самого.

Ресурс розуміється як позитивні моменти в ситуації, що склалася. Ресурс – це не вихід з кризового стану, але він допомагає людині знайти в собі сили вирішувати її. Необхідно пам’ятати про особливості стану суїцидента: фіксованість на болю, тунельна свідомість, переживання самотності, безвихід і т. ін.

Основні принципи пошуку ресурсу:

- ресурс є завжди;
- ресурс можна знайти в будь-якій, навіть найстрашнішій ситуації;
- суїциденти, звичайно, не усвідомлюють наявності позитиву в ситуації, його їм необхідно показати;
- для людини може бути знайдений не один, а кілька ресурсів;
- чим більше ресурсів знайдено, тим більше шансів на благополучний результат ситуації;
- фахівцеві важливо знайти ресурс не для себе, а для суїцидента.

*Етап 5. Стадія “вислуховування”.*

Основне завдання цієї фази – “слідувати” за суїцидентом, слухати його і не нав’язувати свою думку. Це стає особливо важливим, якщо згадати, що людина, яка знаходиться на межі спроби самогубства, протиставляє себе всьому навколишньому світу. І якщо вона розповідає про свій біль і проблеми іншому, це означає, що тоненький зв’язок, що виникає між потенційним самогубцем і його співрозмовником, міцнішає, людина починає довіряти фахівцеві, бачить в ньому реального союзника. Тут вкрай важливо володіти навичками емпатійного слухання, утримуватися від оцінок, порад і не підказувати варіанти виходу з ситуації.

*Етап 6. Стадія “повороту на 180°”.*

Стадія повороту найчастіше дуже швидка і дуже емоційна. Основне її завдання – показати суїциденту ситуацію з зовсім іншого боку. Необхідно повести суїцидента за собою, актуалізувати ресурс, змусити його працювати. Ця стадія вкрай важлива для благополучного завершення ситуації, адже недостатньо того, що у людини з’явився союзник. Він, здійснивши поворот у ситуації, допомагає суїциденту знову повернутися у світ особистістю. Для цього вся ситуація має постати потерпілому в зовсім іншому вигляді, з іншого боку. Основні особливості повороту ситуації такі:

- стадія майже завжди ініціюється тим, хто надає допомогу, у суїцидента просто немає можливості це зробити;
- до повороту ситуації можна приступати тоді, коли суїцидент прийняв вас, і ви вже не просто йдете за суїцидентом, а, навпаки, ведете його;
- неприпустимо і небезпечно здійснювати стадію повороту, поки не знайдений ресурс.

У пошуку ресурсу суїциденту допомагають по-новому подивитися на обставини, що склалися, образно кажучи, допомагають йому знайти купину в болоті, на яку він може опертися і відштовхнутися, щоб “вистрибнути” з суїциду. На стадії повороту, коли людина вже “протягнула мені руку і йде за мною”, необхідно допомогти зробити цей стрибок.

*Етап 7. Стадія завершення.*

Після стадії “повороту на 180°” настає фаза завершення. Не можна кидати суїцидента на цьому етапі. Необхідно розуміти, що на стадії завершення у суїцидента можливі такі реакції, як:

- плач;
- агресія;
- апатія і сонливість;
- ейфорічний стан.

Коригувати стан людини в цьому випадку потрібно за схемою роботи з гострими стресовими реакціями.

Необхідно пам’ятати, що не завжди розглянутий алгоритм роботи з суїцидентом можна реалізувати. Діяти необхідно залежно від контексту конкретної ситуації і стану суїцидента, орієнтуючись на зазначені вище напрямки роботи, і за першої нагоди передати потерпілого фахівцям (психологам, психіатрам, бригаді швидкої допомоги).

В и р о б н и ч о - п р а к т и ч н е   в и д а н н я

**Колесніченко** Олександр Сергійович  
**Мацегора** Яніна Володимирівна  
**Приходько** Ігор Іванович  
**Чижевський** Сергій Олександрович

**ПРОФІЛАКТИКА САМОГУБСТВ СЕРЕД  
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ**

Практичний посібник

Редактор *Ф. М. Сирнєв*  
Комп'ютерне макетування *А. О. Теплової*