

**Медичні заходи з  
попередження  
пресуїцидальних форм  
поведінки  
військовослужбовців в  
умовах воєнного конфлікту та  
після його завершення**

Суїцидальна поведінка є актуальною етичною, моральною, соціальною та медичною проблемою. Високий ризик суїцидальної поведінки в сучасних умовах потребує, поряд з іншими заходами, також і медичних профілактичних заходів. У даних методичних рекомендаціях викладено медичні, психофізіологічні та організаційні заходи діагностики та профілактики розвитку пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців, які враховують вітчизняний та закордонний досвід країн НАТО (Stanag 2564, AMedP-8.6; Stanag 2569, AMedP-69), а також напрацювання суїцидологів Канади та США (The American psychiatric publishing textbook of suicide assessment and management, 2012; Report of the Canadian Forces Expert Panel on Suicide Prevention, 2010). Ці методичні рекомендації запропоновані для використання у практичній роботі лікарів військової та госпітальної ланок медичної служби збройних сил, психофізіологів, психологів, а також командирів підрозділів ЗС України

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ЦЕНТРАЛЬНЕ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНЕ УПРАВЛІННЯ  
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ  
ЦЕНТР «ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ»

**МЕДИЧНІ ЗАХОДИ  
З ПОПЕРЕДЖЕННЯ  
ПРЕСУЇЦИДАЛЬНИХ  
ФОРМ ПОВЕДІНКИ  
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ  
В УМОВАХ ВОЄННОГО  
КОНФЛІКТУ ТА ПІСЛЯ  
ЙОГО ЗАВЕРШЕННЯ**

Видавництво  
«Центр учбової літератури»  
Київ – 2023

УДК 159.922.27:316.33

М 42

**Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення.** — Київ: «Центр учбової літератури», 2023. — 60 с.

**ISBN 978-611-01-2853-7**

Суїцидальна поведінка є актуальною етичною, моральною, соціальною та медичною проблемою. Високий ризик суїцидальної поведінки в сучасних умовах потребує, поряд з іншими заходами, також і медичних профілактичних заходів. У даних методичних рекомендаціях викладено медичні, психофізіологічні та організаційні заходи діагностики та профілактики розвитку пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців, які враховують вітчизняний та закордонний досвід країн НАТО (Stanag 2564, AMedP-8.6; Stanag 2569, AMedP-69), а також напрацювання суїцидологів Канади та США (The American psychiatric publishing textbook of suicide assessment and management, 2012; Report of the Canadian Forces Expert Panel on Suicide Prevention, 2010). Ці методичні рекомендації запропоновані для використання у практичній роботі лікарів військової та госпітальної ланок медичної служби збройних сил, психофізіологів, психологів, а також командирів підрозділів ЗС України.

ISBN 978-611-01-2853-7

© «Центр учбової літератури», 2023.

### ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТО	– антитерористична операція
БАР	– біполярний афективний розлад
БОО	– багаторівневий особистісний опитувальник
ВІЛ	– вірус імунодефіциту людини
ВЛК	– військово-лікарська комісія
ВМГ	– Військовий мобільний госпіталь
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ДТП	– дорожньо-транспортна пригода
«ЗПС»	– «Запитайте, Подбайте, Супроводжуйте»
ЗС	– Збройні Сили
ІХС	– ішемічна хвороба серця
МНС	– Міністерство надзвичайних ситуацій
МО	– Міністерство оборони
МПВ	– метод портретних виборів
НАТО	– Організація Північноатлантичного договору
ПАР	– психоактивні речовини
ППД	– пункт постійної дислокації
ПТСР	– посттравматичний стресовий розлад
СІЗЗС	– селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
США	– Сполучені Штати Америки
ШОРС	– шкали оцінки ризику суїциду
ШСІП	– шкала суїцидальних інтенцій Пірса

## ВСТУП

Феномен неадекватної поведінки людини в сучасній науці та практиці розглядається як гостра медико-соціальна та соціально-психологічна проблема, що постійно перебуває у полі зору фахівців різних галузей: соціологів, психіатрів, психофізіологів, психологів, юристів та педагогів. Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я виявило, що кожні 40 секунд у світі відбувається самогубство.

Станом на 2010 рік більша частка військовослужбовців США покінчили життя самогубством, ніж загинули в Афганістані чи в Іраку. При цьому близько 70 % суїцидальних дій пов'язані з проблемами міжособистісних відносин військовослужбовців з оточуючими після повернення із зони бойових дій – «психічний розлад загрожує повернути війну додому, як особистісно значущий чинник і той фактор, який зумовлює втрати громадського здоров'я».

Актуальність проблем суїцидальної поведінки для Збройних Сил обумовлена відсутністю тенденції до зниження кількості самогубств серед військовослужбовців. Так, в структурі безповоротних втрат військовослужбовців в зоні АТО та після повернення зі Сходу країни самогубство стало займати значиме місце. За даними Міністерства оборони з березня 2014 р. по січень 2016 р. в Збройних Силах України мало місце 212 випадків самогубств, що складає 7,2% у структурі безповоротних втрат. Крім того, все більше учасників бойових дій схильні до самогубств. Як правило, рівень самогубств у армії в два рази перевищує середньо-популяційний рівень. Серед солдатів строкової служби 70 % самогубств випадає на перший рік служби, особливо серед осіб з вищою освітою. Кожна п'ята загибель в армії – добровільний вихід із життя.

Аналіз причин суїцидальних спроб згідно з матеріалами головного психіатра МО України показує, що 50 % їх відноситься до конфліктів пов'язаних зі сферою службової діяльності, сімейними проблемами і складністю адаптації; 30 % пов'язані з нестатутними відносинами; 20 % пов'язані з наявністю у військовослужбовців психічних розладів. Своєчасне знання цих обставин і відповідне реагування на них з боку командирів і товаришів по службі могли б застерегти людей від цього фатального кроку. У більшості випадків суїцидальна поведінка – це «крик про допомогу», який не почули люди, що знаходились поруч. Разом з тим, схильність до самогубства обумовлена і індивідуально типологічними особливостями особистості. Тільки 10 % військовослужбовців, що скоїли замах на своє життя, мали тверде бажання вмерти. Про це свідчать бесіди з військовослужбовцями-суїцидентами, історії хвороб, карні справи щодо фактів самогубств.

Таким чином, розроблення превентивних психофізіологічних заходів та рекомендацій з попередження розвитку невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних форм поведінки у військовослужбовців в умовах військового конфлікту та після його завершення є актуальним завданням військової медицини.

## 1. ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ

Світова статистика свідчить про те, що кожен п'ятий учасник бойових дій при відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених і калік – кожен третій.

**Психічне здоров'я** – це відносно стійкий стан організму і особистості, який дозволяє людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні і психічні можливості, а також оточуючі природні і соціальні умови, здійснювати і забезпечувати свої індивідуальні, громадські, біологічні і соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізіологічних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних відношень в організмі.

**Психічна норма** – це індивідуальна динамічна сукупність психічних (індивідуально- і соціально-психологічних) властивостей конкретної людини, яка дозволяє їй адекватно до свого віку, статі і соціального становища пізнавати оточуючий світ, пристосовуватись до нього і виконувати свої біологічні і соціальні функції відповідно до особистих і соціальних потреб, та загальноприйнятої моралі.

**Самогубство (суїцид)** – усвідомлене самоусунення з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, коли власне життя, як найвища цінність, втрачає для людини сенс. Іншими словами це навмисне, усвідомлене і швидке позбавлення себе життя.

Одним з найважливіших механізмів виникнення хвороби є зрив адаптаційних і компенсаторних механізмів на різних рівнях організації функціональних систем організму за рахунок індивідуально екстремальних чинників зовнішнього середовища.

Межі психічної норми і патології були і залишаються найважливішим питанням, ще не достатньо вирішеним: чи може діагностична система розрізнити норму і патологію?; як встановити межу між аномальним і нормальним психологічним функціонуванням, якщо таке можливе взагалі? Відсутність в межах існуючих систем правил встановлення нижніх границь для діагностики кожного конкретного психічного розладу є проблемою створення всіх існуючих варіантів класифікацій психічних розладів.

Нормальною в бойовій обстановці вважається поведінка, яка здійснюється в правовому просторі, орієнтована на основні етичні настанови воєнного часу, не вносить дезорганізацію у діяльність колективу і не ставить під загрозу життя і здоров'я самого суб'єкта поведінки і товаришів по службі. Девіантна поведінка багатобразна, багатоаспектна. Залежно від того, які норми порушуються або не виконуються військовослужбовцем у військовий час, його поведінка може кваліфікуватися як:

1) асоціальна поведінка, що пов'язана з невиконанням перш за все правових, моральних, культурних норм, але що не переступає меж закону. Дане визначення дуже тісно пов'язане з поняттям протиправної поведінки;

2) антисоціальна поведінка, що спрямована проти суспільства, його інтересів, грубо порушує його правові і моральні вимоги. Це поняття близько сходиться з поняттям делінквентної поведінки;

3) делінквентна поведінка – кримінальна, злочинна поведінка.

**Суїцидальна поведінка** – аутоагресивна поведінка, що проявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на само-ушкодження або самознищення і, принаймні, в мінімальному ступені мотивована явними або прихованими інтенціями до смерті.

Динаміка розвитку суїцидальної поведінки включає в себе такі етапи:

- виникнення конфлікту суб'єктивно великої тривалості та інтенсивності;
- усвідомлення нездоланності перешкоди, протиріччя;
- руйнування системи життєвих перспектив;
- прийняття рішення про суїцидальну дію;
- суїцидальна дія (спроба).

Предикція суїцидальності на ранніх етапах розвитку – дуже складне, але виконуване завдання, хоча і з невеликою прогностичною силою. Вона повинна базуватися на поєднанні біологічних, соціальних і особистісних елементів і бути непрямомо – можна виходити з того, що успадковується (і моделюється впливом середовища) не стільки суїцидальність як така, а цілий набір характеристик, які можуть призводити до суїцидальності.

Суїцидальну поведінку (самоушкодження або самогубство) можна розглядати як парадоксальний і дизадаптивний спосіб подолання кризової ситуації в суб'єктивному сприйнятті індивіда.

**Медичний персонал, який призначений для підтримки психічного здоров'я.** Згідно зі стандартами НАТО діагностикою, лікуванням та профілактикою порушень психічного здоров'я, емоційних та поведінкових розладів здійснюється медичним персоналом, спеціально навченим для цього. За українськими державними стандартами це може бути лікар психіатр, лікар психотерапевт, лікар психофізіолог, лікар психолог та спеціально підготовлена медична сестра (фельдшер).

## **2. ОСНОВНІ ПРИЧИНИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ**

Причини суїцидальної поведінки можна умовно поділити на три основні групи (зокрема, поєднання їх у кожному конкретному випадку):

- особистісні психологічні особливості військовослужбовця;
- перебування у ситуації конфлікту суїцидогенного характеру;
- схильність до неадекватних ситуаційних реакцій в умовах конфлікту.

### **2.1 Медичні фактори суїцидального ризику**

#### ***Психічна патологія***

Численні дослідження довели, що психічні розлади є серйозним фактором ризику суїциду. Згідно результатів дослідження ВООЗ (2002 р.), в більшості випадків



стан людини на момент суїциду відповідав критеріям діагнозу якогось психічного розладу. Особливістю суїцидальних спроб військовослужбовців є те, що контингент, який вчинив самогубства складають переважно особи, які не мають явних симптомів психічної патології в період до служби в армії і поза моментом суїцидальних дій. Однак, за даними ретроспективних досліджень, на момент самогубства у частини військовослужбовців відзначалися ознаки невротичних розладів (розлади адаптації) або афективних порушень (депресія), або залежності від психо-активних речовин (ПАР), в основному від алкоголю.

*Депресія.* На думку ряду дослідників, помірний або важкий депресивний епізод передє 45-70 % суїцидів. Ризик суїциду у військовослужбовців, які страждають депресією, є дуже високим (8-30 %) незалежно від характеру та перебігу розладу. Однак ряд клінічних особливостей депресії може асоціюватися з виключно високим ризиком самогубства: депресивний або змішаний епізод в клініці розладів адаптації, особливо II типу; часті зміни фаз (4 і більше фаз / рік); перехід від манії до депресії; коморбідність депресії з залежністю від ПАР; поєднання депресії з тривогою; відновлення фізичної активності до поліпшення настрою в процесі лікування антидепресантами.

*Синдром залежності від алкоголю.* За даними досліджень, від 10 до 22 % тих, що наклали на себе руки, страждають алкогольною залежністю. Найчастіше це чоловіки після 40 років з імпульсивною поведінкою і коморбідністю з іншими психічними розладами, особливо з депресією.

*Синдром залежності від опіатів.* Рівень суїцидів у вибірках героїнових наркоманів коливається в діапазоні 82-350 на 100000 осіб.

*Шизофренія.* Ризик суїциду в цій групі пацієнтів становить 10-12 %, а рівень суїцидів коливається у популяції від 147 до 752 на 100000 осіб в рік.

*Розлади особистості.* Максимальний ризик (3-9 %) пов'язаний з емоційно-нестійким розладом особистості, для якого характерна емоційна лабільність, напружені міжособистісні відносини, зміни ідеалізації і знецінювання об'єкта прихильності, імпульсивність, почуття «спустошеності» і «безглуздя» та ін. Емоційно-нестійкий розлад особистості часто поєднується з розладом настрою і залежністю від ПАР. Поєднання цих трьох клінічних станів є важливим прогностичним фактором суїцидальної поведінки. У військовослужбовців строкової служби з розладами особистості при дії психогенних і конституційних чинників розвивається декомпенсація (невротична, афективна), що збільшує суїцидальний ризик.

*Інші психічні розлади.* Високий суїцидальний ризик може бути асоційований з такими розладами, як нервова анорексія, панічний розлад, розлади, пов'язані зі стресом і ін. Як правило, предиктором суїциду є не діагноз, а клінічний стан військовослужбовця, психопатологічний синдром, що реєструється на даний момент.

### ***Соматична патологія***

Приблизно 70 % людей, що здійснюють самогубство, страждають гострим або

хронічним захворюванням на момент смерті. Групу підвищеного суїцидального ризику складають особи, які страждають на тяжкі хронічні захворювання. Соматичні хвороби часто поєднуються з депресією.

Найбільший ризик суїциду пов'язаний з наступними станами: онкологічні та захворювання органів кровотворення; серцево-судинні захворювання (ІХС); захворювання органів дихання (астма, туберкульоз); вроджені та набуті каліцтва; втрата фізіологічних функцій; ВІЛ інфекція; стани після важких операцій.

Постійний прийом певних лікарських препаратів може посилювати стан депресії у пацієнтів з хронічними захворюваннями. До таких препаратів належать: препарати раувольфії та інші гіпотензивні засоби, блокатори адренергічних рецепторів, кортикостероїди, протипухлинні та антигістамінні засоби.

### ***Суїцидальна поведінка біологічних родичів***

Серед біологічних родичів людей, які вчиняють суїцидальні дії, рівень суїцидів вищий, ніж у загальній популяції. Це пов'язано як із закономірностями успадкування психічних розладів, так і з поведінковими особливостями особистості (імпульсивність).

### ***Суїцидальна поведінка «значущих інших»***

У деяких випадках велике значення має *копіювання поведінки емоційно значущих осіб* (рідних, партнерів, релігійних лідерів, кумирів культури та ін.).

### ***Інші анамнестичні фактори ризику.***

Серед інших біографічних факторів ризику часто виділяють наявність психічної патології у близьких родичів, смерть близьких родичів у віці пацієнта до 13 років, систематичне насильство з боку рідних і близьких у віці до 13 років та ін.

## **2.2 Індивідуально-психологічні фактори ризику**

Дані фактори відображають не стільки ризик суїцидальної поведінки, скільки імовірність зниженої толерантності особистості до емоційних навантажень і дизадаптації в умовах психологічного дистресу. До таких факторів відносять особистісні особливості: емоційна нестійкість, у тому числі в період вікових криз (пубертатної, інволюційної); імпульсивність; емоційна залежність; неадекватна самооцінка; максималізм і категоричність; сильно виражене бажання досягнення цілей; низька толерантність до стресових факторів; тривожність і гіпертрофоване почуття провини. Особи з вище переліченими особистісними рисами в армійських чітко регламентованих умовах виявляються багато в чому вразливими, особливо при наявності слабкої фізичної підготовки, нездатності виконувати встановлені нормативи при фізичних навантаженнях, при наявності нестатутних взаємовідносин у армійському середовищі, що підвищує ризик суїцидальної поведінки.

## **2.3 Біографічні фактори суїцидального ризику**

Наявність суїцидальної спроби в анамнезі є одним з найбільш значущих чинників ризику суїциду і повторного парасуїциду. Близько 30-40 % осіб, які вчинили

парасуїциди, вдаються до повторних суїцидальних дій. Ризик повтору суїцидальної спроби найбільш високий протягом 3 міс. після першої.

#### 2.4 Нейрофізіологічні і психофізіологічні детермінанти суїцидальності

Модель стрес-уразливості (Wasserman D., 2001) розглядає самогубство як процес (рис. 1). По суті, ця модель в більшій мірі є психосоціальною, проте вона також враховує нейрофізіологічні і генетичні чинники.

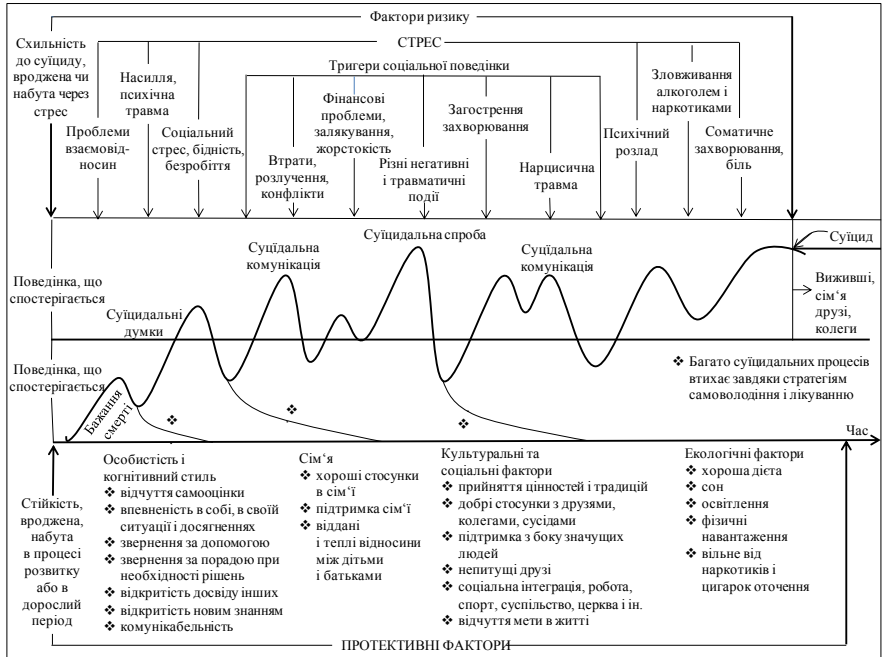


Рис. 1. Модель стрес-уразливості і розвиток суїцидального процесу від суїцидального мислення до суїциду (за Вассерманом)

Відповідно до цієї моделі, на суїцидальний процес (який включає суїцидальні думки, суїцидальну комунікацію, суїцидальні спроби і завершений суїцид) впливають фактори ризику і протективні фактори. Від співвідношення цих факторів, а також від здатності чинити опір стресу залежить ймовірність суїцидальних дій. Стрес-уразливість є ключовим моментом даної моделі. На основі сучасних уявлень в області нейробіології стресової поведінки можна уявити, якою мірою стрес-уразливість (включаючи такі її прояви як страх, тривога, депресія) залежить від нейроендокринних механізмів.

### **3. ОСНОВНІ ЗАХОДИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ САМОГУБСТВ**

Безпосередніми організаторами роботи щодо профілактики самогубств у військовій частині є командир, заступник командира з виховної роботи, начальник медичної служби. Профілактика суїцидальної поведінки є надзвичайно різноплановою і включає в себе велику кількість структурних елементів. Особливістю діяльності всіх посадових осіб військової частини є те, що ці заходи мають бути цілковито індивідуального спрямування і мати медичний, психологічний і соціально-психологічний характер.

#### **3.1 Зміст основних заходів та рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки**

Не менш важливе місце в профілактиці суїцидів займають і інші активні методи виявлення суїцидонебезпечних військовослужбовців. Це їх вчасне медичне обстеження, а також визначення вираженості ризику суїцидозалежності.

Превентивні заходи з виявлення суїцидонебезпечних військовослужбовців рекомендовано розпочинати з професійного психологічного відбору. До складу груп професійно-психологічного відбору за рішенням командира (начальника) залучаються офіцери органу з морально-психологічного забезпечення, кадрового органу, медичні фахівці (психофізіологи).

Задля цього рекомендовано застосовувати методи наведені в підрозділах 4.1-4.3. При виявленні ознак суїцидального ризику на кожного військовослужбовця компетентними спеціалістами (як правило в госпітальних умовах) заповнюється Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності (Додаток 1).

#### **3.2 Заходи для попередження самогубства в різні періоди дислокації військ**

На думку військово-медичних спеціалістів США основними напрямками боротьби з суїцидами є:

1. Щорічне навчання заходам з попередження суїцидів та розповсюдження обізнаності з проблемою суїциду
2. Навчання командирів підрозділів необхідним діям для превенції суїциду
3. Навчання заходам з попередження самогубства військовослужбовців (з розрахунку не менше 1 військовика на 50 чоловік).

Навчання профілактичним заходам з попередження суїциду повинно проводитись в різні періоди дислокації військ:

- Підготовчий (період бойового злагодження)
- В умовах виконання завдань під час ведення бойових дій
- В умовах повернення в ППД та повторного направлення військовослужбовців для виконання завдань за призначенням.
- В період реінтеграції

До навчання мають бути залучені військовослужбовці кожного підрозділу, їх командири, медичні та немедичні фахівці, які займаються питаннями неадекватної поведінки людини, капелани, а також члени сімей військовиків.

Поінформованість та володіння превентивними навиками є ключовим напрямом при запобіганні самогубства. Военний колектив, в якому синхронізовані елементи підготовки командирів у розпізнаванні основних маркерів суїциданта, вміння провести бесіду з ним, а також функціонує система для раннього виявлення та надання відповідної допомоги, має кращі шанси на ліквідацію або скорочення числа самогубств та суїцидальних спроб.

Командири підрозділів повинні відслідковувати процес якісної та якомога швидшої інтеграції новоприбулих військовослужбовців у військовий колектив та гарантувати наявність у підпорядкованому підрозділі достатньої кількості солдат, що володіють навиками допомоги військовослужбовцям із суїцидальною схильністю. Основним завданням кожного військовослужбовця є спостереження за своїм товаришем на предмет девіантної поведінки.

***Превентивні заходи повинні проводитися під час всього циклу дислокації військовослужбовців.***

### **3.2.1 Превентивні заходи в підготовчому періоді (бойове злагодження)**

В підготовчому періоді основними напрямками роботи в окремому підрозділі є:

1. Навчання з попередження суїцидів та розповсюдження обізнаності з проблемою суїциду;
2. Раннє виявлення схильності до суїцидальної поведінки;
3. Скринінг-діагностика перед направленням військовослужбовців для виконання завдань за призначенням.

Навчальна програма як правило розраховується на 90 хвилин. Вона має включати презентації, рольові ігри, тематичні відеофільми (10-15 хв.).

***Навчання з попередження суїцидів та розповсюдження обізнаності з проблемою суїциду***

#### **Загальні рекомендації**

1. Навчання фокусується на визначенні факторів ризику та ранніх ознак суїциду (наголошується на тому, як отримати необхідну допомогу).
2. Корисність та адекватність навчання має забезпечуватись постійним внесенням нової інформації в презентації, застосуванням рольових ігор.
3. За можливості слід залучати членів сім'ї.
4. За можливості слід задіяти службу капеланів.
5. В побудові психологічної стійкості важливе значення займає навчання розумінню бойової обстановки.

#### **Рекомендації для військового лікаря**

Своєчасне виявлення та управління ризиками розвитку, такими як:

- гострий бойовий стрес;

- посттравматичний стресовий розлад;
- порушення сну;
- депресія.

При цьому важливим є чітка реакція на бойовий стрес та застосування відповідних стратегій його подолання, а також злагоджена робота з командирами підрозділів в польових умовах.

#### **Рекомендації для військових керівників**

- підтримання здорового способу життя;
- навчання навичкам самопомоги;
- розвиток стресостійкості;
- важливість залучення військового керівника до загального процесу боротьби з самогубством;
- виявлення перших ознак суїцидальної поведінки;
- сприяння психологічній відкритості колективу до озвучення суїцидальних намірів військовиків з метою своєчасної допомоги.

#### ***Раннє виявлення схильності до суїцидальної поведінки***

Для осіб, які мали або мають девіантні форми поведінки, перед направленням для виконання завдань за призначенням передбачається проведення моніторингу їхнього стану. Тільки при досягненні стабільності поведінки протягом 3-х місяців ризик їх суїцидальності в бойових умовах значно зменшується.

В зону бойових дій не дозволяється направляти осіб, які на даний час лікуються з приводу психозу або біполярного розладу, хронічного безсоння та тих, які приймають антипсихотичні засоби.

В зону бойових дій не дозволяється направляти осіб, які приймають препарати, що потребують постійного контролю (літєві або вальпроєві кислоти).

Детальна характеристика методів діагностики невротичних та пресуїцидальних станів наведено в розділі 4.

#### ***Скринінг-діагностика перед направленням військовослужбовців для виконання завдань за призначенням***

Важливим є застосування мультидисциплінарного підходу під час загальної оцінки соціально-психологічного клімату в колективі з залученням воєнного начальника, військового лікаря та психолога. Не обов'язковим, але надзвичайно ефективним заходом починаючи з бригадного рівня є створення психолого-психіатричних груп. Такі групи значно покращують процес відстеження військовослужбовців, які мають високий ризик суїцидальності як перед відправленням, так і під час виконання завдань за призначенням. Також є можливість індивідуалізовано координувати і зосереджувати превентивні зусилля в межах окремого підрозділу.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
1. ПОНЯТІЙНИЙ АПАРАТ .....	5
2. ОСНОВНІ ПРИЧИНИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ .....	6
2.1 Медичні фактори суїцидального ризику .....	6
2.2 Індивідуально-психологічні фактори ризику .....	8
2.3 Біографічні фактори суїцидального ризику .....	8
3. СКЛАДОВІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ САМОГУБСТВ.....	10
3.1 Зміст основних заходів та рекомендації щодо профілактики суїцидальної поведінки.....	10
3.2 Заходи для попередження самогубства в різні періоди дислокації військ .....	10
3.2.1 Превентивні заходи в підготовчому періоді (бойове злагодження) .....	11
3.2.2 Період застосування військових підрозділів за призначенням .....	13
3.2.3 Рекомендації в умовах повернення в ППД та повторного направлення військовослужбовців для виконання завдань за призначенням .....	13
3.2.4 Рекомендації в період реінтеграції .....	15
3.3 Загальні навчально-освітні заходи для попередження самогубства.....	15
4 ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	19
4.1 Проективні діагностичні методи (тест Сонді).....	23
4.2 Методика оцінки адаптаційних здібностей особистості (багаторівневий особистісний опитувальник „Адаптивність-200”).....	25
4.3 Методика виявлення та оцінки невротичних станів (Яхіна-Менделевича).....	25
5. МЕДИЧНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ .....	26
5.1 Кризове втручання .....	28
5.1.1 Принципи організації лікувально-профілактичної допомоги .....	28
5.1.2 Медико-психологічна допомога при кризовому втручанні .....	31
5.1.3 Медикаментозне лікування .....	33
5.2 Профілактична допомога в посткризовий період .....	33
5.2.1 Організаційні заходи .....	34
5.2.2 Терапевтичні відносини.....	34
5.2.3 Принципи профілактичної медикаментозної терапії .....	36
ВИСНОВКИ.....	38
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА .....	38
ДОДАТКИ.....	42

НАУКОВО-ПОПУЛЯРНЕ ВИДАННЯ

МЕДИЧНІ ЗАХОДИ  
З ПОПЕРЕДЖЕННЯ  
ПРЕСУЇЦИДАЛЬНИХ  
ФОРМ ПОВЕДІНКИ  
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ  
В УМОВАХ ВОЄННОГО  
КОНФЛІКТУ ТА ПІСЛЯ  
ЙОГО ЗАВЕРШЕННЯ

Підписано до друку 14.02.2023 р. Формат 60x84 1/16.  
Друк цифровий. Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.  
Ум. друк. арк. 3,75. Тираж 300 прим.

ТОВ «Центр учбової літератури»  
вул. Лаврська, 20 м. Київ

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів  
видавничої продукції ДК № 2458 від 30.03.2006 р.



**ridmi**  
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

**КУПИТИ**