

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

ПСИХОЛОГІЧНА ОЦІНКА
СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Методичний посібник

Київ – 2019

УДК 159.9:159.99

Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В.
Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців.
Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. — 206 с.

Методичний посібник підготовлено відділом військово-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України на основі аналізу світового досвіду визначення ступеню суїцидального ризику в людини. Його мета полягає у наданні допомоги психологам і заступникам командирів із морально-психологічного забезпечення в оцінці суїцидального ризику військовослужбовців, службова діяльність яких відбувається в умовах жорсткого дефіциту часу та емоційної напруги.

Рецензент:

Стасюк В.В. – доктор психологічних наук, професор.

Рекомендовано до друку Науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол №1 від 31 січня 2019 р.)

ISBN

© Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В.

ЗМІСТ

Вступ.	6
РОЗДІЛ 1. Сучасні наукові уявлення про оцінку суїцидального ризику.	9
РОЗДІЛ 2. Методи індивідуальної та групової діагностики суїцидального ризику, намірів і поведінки військовослужбовців	15
2.1. Методи структурованого інтерв'ю, стандартизованого самозвіту та бесіди в психодіагностиці суїцидального ризику	16
2.1.1. Структуроване інтерв'ю військовослужбовців.	16
2.1.2. Схема обстеження суїцидальних пацієнтів (Д.С. Ісаєв, К.В. Шерстньов)	33
2.1.3. Метод визначення ризику суїцидальності (Методика “Карта ризику суїциду”)	39
2.1.4. Методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду (І.О. Погодін)	42
2.1.5. Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale) (Patterson et al., 1983)	45
2.1.6. Шкала суїцидальних намірів (Suicide Intent Scale; SIS) (A.T. Beck et al., 1974)	47
2.1.7. Шкала суїцидальних інтенцій Пірса (Pierce Suicide Intent Scale) (D.W. Pierce, 1977)	50
2.1.8. Шкала для оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI) (A. Beck et al., 1979).	52
2.1.9. Шкала суїцидальності Пейкеля (Paykel Suicide Items; PSI) (E.S. Paykel et al., 1974).	62
2.1.10. Шкала суїцидального ризику (Г.В. Старшенбаум)	65
2.2. Використання методу психодіагностичної бесіди в отриманні додаткової інформації для психологічного висновку і подальшої корекції суїцидальної поведінки військовослужбовців	67
2.2.1. Метод психодіагностичної бесіди (О.А. Кучер, В.П. Костюкевич)	70

2.2.2. Схеми розпізнавання в процесі діагностичної бесіди особистісного стилю суїцидента	74
2.2.3. Рекомендації з проведення бесіди з потенційним суїцидентом (за Е. Гроллманом)	75
2.2.4. Скрінінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки (Л.С. Юрьєва)	80
2.2.5. Бланк-карта соціально-психологічного висновку суїцидального випадку Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України	81
2.2.6. Психологічний висновок за фактом закінченого суїциду військовослужбовця (приблизна схема)	89
РОЗДІЛ 3. Психодіагностика суїцидального ризику у військовослужбовців	96
3.1. Особистісні опитувальники	96
3.1.1. Шкала депресії А.Т. Бека	96
3.1.2. Опитувальник Басса-Даркі	100
3.1.3. Опитувальник респондента про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) – шкала самооцінки депресії	106
3.1.4. Опитувальник суїцидального ризику (ОСР) в модифікації Т.М. Разуваєвої	108
3.1.5. Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45 та СР-10 (П.І. Юнацкевіч)	113
3.1.6. Методика діагностики суїцидальних схильностей “Суїцидальна мотивація” (Ю.Р. Вагін).	119
3.1.7. Опитувальник “Ризик-С”	122
3.1.8. Експрес-анкета “С-1”	127
3.1.9. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Нарт)	128
3.1.10. Методика “Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності (Ч.Д. Спілбергер - Ю.Л. Ханін)”	129
3.1.11. “Тест-опитувальник Г. Айзенка - Eysenck Personality Inventory (EPI)”	133
3.1.12. Опитувальник “Осада” (С.І. Яковенко)	137
3.1.13. Шкала безнадійності (Hopelessness Scale) (А.Т. Beck et al., 1974)	142

3.1.14. Методика визначення суїцидальної спрямованості (Особистісний опитувальник індивідуальної суїцидальної спрямованості) ІСС.	146
3.1.15. Опитувальник Г. Айзенка “Самооцінка психічних станів особистості”.	150
3.1.16. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К. Яхін, Д. Менделевич) . . .	153
3.2. Проективний метод дослідження суїцидальної поведінки.	161
3.2.1. Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	164
3.2.2. Тест “Ваші суїцидальні схильності” (З. Корольова)	182
3.2.3. Графічний тест “Ваші думки про смерть” (Л.Б. Шнейдер)	184
3.2.4. Метод незакінчених речень Сакса – Сіднея.	185
3.2.5. Метод незакінчених речень (О. Кучера)	189
3.2.6. Піктографічний експрес-тест “ризик суїцида – льної дії”.	190
3.2.7. Проективна методика “Людина під дощем” (Є.С. Романова і Т.І. Ситько)	192
Література.	200

ВСТУП

Самогубство - масштаби проблеми

У світі кожен хвилину від самогубства гинуть особи різної статі, віку, професійного та культурного рівня:

- Кожні 40 секунд десь у світі людина здійснює суїцид.
- Кожні 3 секунди хтось робить суїцидальну спробу.
- Самогубство є однією з трьох основних причин смерті молодих людей у віці від 15 до 35 років.

• Кожне самогубство, так чи інакше, зачіпає щонайменше шість інших людей.

• Психологічний, соціальний і економічний вплив самогубства на сім'ю загиблого, його найближче оточення, непомірно великий [5].

Кількість самогубств у світі залишається надзвичайно високою: вона майже вдвічі перевищує число вбивств. Такі дані містяться у звіті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) “Світова статистика охорони здоров'я – 2017”.

Прийнято вважати, що у випадках, коли в державі співвідношення суїцидентів на 100000 населення сягає 20, то проблема набуває статусу національного лиха й потребує негайного реагування всіх гілок влади, які відповідають за соціальну політику держави.

Зниження показника в популяції маскує серйозну проблему: частка самогубств у найбільш уразливих групах дітей, у осіб молодого віку, літніх людей може збільшуватися. Навіть найбільш надійні та достовірні статистичні дані не заслуговують на довіру, оскільки багато фактів самогубств із тих чи інших причин не розпізнаються та кваліфікуються як “нещасний випадок” [30].

Статистика парасуїцидів ще в меншій мірі відображає справжню складність ситуації: в середньому віці співвідношення суїцидів до замахів на самогубство становить 1:10, а в підлітковому – 1:100 [4]. Аналіз кризових станів у різних вікових і соціальних групах свідчить, що ні ресурс “вікової зрілості”, ні матеріальне благополуччя не виключають виникнення й розвитку, часом,

раптових для оточуючих, станів аутоагресії. Умови, в яких нині відбувається життєдіяльність сучасної людини, часто по праву називають екстремальними й стимулюючими розвиток стресу. Це пов'язано з багатьма факторами, в тому числі військовими, інформаційними, економічними, екологічними.

Суїцидальні випадки спостерігаються і серед військовослужбовців, які, між іншим, пройшли попередній медичний та психологічний відбір.

Суїцид – складномотивований поведінковий акт, у якому тісно переплітаються соціальні, психологічні та психофізіологічні чинники. Це протиприродний і кардинальний крок, тому рішення на його вчинення визріває не миттєво. Йому, як правило, передують більш-менш тривалий період переживань, боротьби мотивів і пошуку виходу із ситуації, що склалася.

Основною причиною самогубства є соціально-психологічна дезадаптація особистості, що настає на тлі гострого стресового або посттравматичного стресового розладу внаслідок несприятливого збігу життєвих обставин, або при суб'єктивній інтерпретації цих обставин як нерозв'язних.

Численні дослідження показують, що суїцидальна поведінка – результат складної взаємодії різного роду психофізіологічних, моральних, психологічних, соціальних, екологічних і культурних чинників, наслідок фізичних та емоційних перевантажень зі зниженням опору до стресів і емоційних навантажень, неблагополуччям у комунікативних сферах, слабкістю психологічного захисту особистості, зниженням або втратою цінності життя при дефектах морального виховання особистості.

Оцінка ризику суїциду є одним із найбільш важливих і важких завдань сучасної превентивної медицини і стосується не тільки лікарів, фахівців в області психіатрії, але й практичних психологів.

Оцінка ймовірності скоєння суїциду ускладнена через досить великі групи факторів ризику суїциду та їх неспецифічність. Так, деякі військовослужбовці, які вчинили суїцид, не належали до жодної з відомих груп ризику.

У роботі з профілактики та корекції суїцидальної поведінки військовослужбовців, у психологічній практиці, існує нагальна потреба впорядкувати діагностичний матеріал та діагностичну діяльність психологів частин і підрозділів.

Індивідуально-психологічні особливості, які виявлені при психодіагностичному обстеженні, мають свій понятійно-пояснювальний апарат. У процесі дослідження кожного конкретного випадку суїцидальних намірів, думок, поведінки, психолог-психодіагност має оперувати основними поняттями суїцидології.

Психологам і заступникам командирів з морально-психологічного забезпечення, насамперед, слід користуватися діагностичним інструментарієм, що наближений до експрес-діагностики суїцидальної поведінки військовослужбовців. Це важливо для забезпечення моніторингу та психологічної підтримки військовослужбовців, а також для командирів, які вирішують проблеми, пов'язані з військовими із суїцидальними намірами.

РОЗДІЛ 1.

СУЧАСНІ НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ОЦІНКУ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ

Психодіагностика в психологічній практиці вирішення проблеми попередження суїцидальної поведінки та надання допомоги в реальних умовах, спрямована на розв'язання декількох завдань:

1. Профілактика суїцидального ризику.
2. Виявлення причин суїцидальної поведінки.
3. Перевірка ефективності корекційної діяльності.

В реабілітаційній роботі мова не може йти окремо про діагностику та окремо про корекцію. Вони існують як єдиний вид роботи: діагностично-корекційний. Детально розглянутий у багатьох працях, цей принцип є підґрунтям для всієї корекційної роботи, бо її ефективність на 90% залежить від комплексності, ретельності та глибини попередньої діагностичної роботи.

Принцип єдності діагностики та корекції визначає їх взаємозв'язок, тим самим відображає цілісність процесу надання психологічної допомоги людям із суїцидальним ризиком, намірами або здійсненою спробою суїциду. Це основний принцип.

З одного боку, завдання соціально-психологічної діагностики суїцидальної поведінки – відповісти на конкретне питання, виявити причину. З іншого боку, психодіагностика – не самоціль, вона підпорядкована головній меті – розробленню рекомендацій щодо профілактики суїцидальної поведінки або її корекції.

Результати психодіагностики з метою профілактики, слугують підґрунтям для подальшої корекційної роботи, а вторинна діагностика є основою для висновку про ефективність корекційної роботи.

Психологічна корекція, у даному випадку, є системою психологічних впливів, спрямованих на зміну, перебудову й усунення в людини суїцидальних намірів.

У корекційній роботі діагностика здійснюється з метою запобігання первинних суїцидальних спроб та реадaptaції по відношенню до вже скоєних суїцидальних спроб.

Таким чином, ефективність корекційної роботи залежить від теоретичного обґрунтування комплексу діагностичного інструментарія та ретельної попередньої діагностики. На підставі діагностики визначаються цілі, завдання корекційної роботи та прогнозується ступінь її ефективності.

Для вирішення будь-якого завдання необхідно мати доступний, надійний інструментарій діагностики та можливість його вибору.

Сьогодні робота з виявлення серед військовослужбовців групи суїцидального ризику ведеться за відсутності вибору стандартизованого діагностичного інструментарія.

Психологічна діагностика суїцидальної поведінки в соціально-психологічній роботі здійснюється за двома напрямками: профілактики та адаптації-реабілітації. Мета діагностики в профілактиці – раннє попередження суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. Мета діагностики в процесі адаптації та реабілітації – відстеження ефективності корекційного впливу в сімейних стосунках, у зниженні кризової напруги, в розв'язанні деструктивних особистісних проблем, у пошуку та визначенні антисуїцидальних факторів (цим напрямком військові психологи практично не займаються). Слід мати на увазі, що “прихований шлях” самогубців багато в чому залишається таємницею навіть для найближчого оточення, й “точку відліку” відстежити досить складно. Якщо ставитися до пресуїцидального періоду як до інтрапсихічного процесу, то варіанти його перебігу можуть відрізнятися рівнем доступності спостереження цих проявів для оточуючих.

Психодіагностична діяльність фахівців реалізується у вигляді вирішення психодіагностичних завдань і включає гностичний, семіотичний, деонтологічний і технічний компоненти:

- 1) розпізнавання психологічної сутності суїцидальної поведінки (вектор діагностичного пошуку);
- 2) репрезентація наявних психологічних знань стосовно вирішення реальних професійних завдань;
- 3) регулювання та рефлексування діагностичних дій у контексті професійного функціонування;
- 4) вибір засобів і технологій реалізації діагностичної діяльності на шляху до кінцевого результату – технічний компонент [16].

Самогубство є відносно стійким соціальним явищем. Його попередження не можливе без знання причин, ознак-індикаторів, мотивів і умов.

Діагностика суїцидальної поведінки об'єктивно складна.

Діагностика включає виділення (розпізнавання) індивідуально-психологічних особливостей, оцінку й вимір цих характеристик, соціальну діагностику в отриманні достовірних знань про об'єкт і ситуацію.

Розпізнавання – це відповідь на питання: чи мають місце суїцидальні наміри й ризики?

Оцінка – це визначення ступеня вираженості намірів і ризиків суїцидальної поведінки. Кожна оцінка включає в себе:

- перевірку факторів ризику, які мають відношення до суїциду;
- історію проявів суїцидальної поведінки;
- біологічні, психосоціальні, психічні, ситуативні умови, стан здоров'я;
- ступінь прояву поточних суїцидальних симптомів, включаючи рівень відчуття безнадійності;
- раптові сильні чинники стресу;
- рівень імпульсивності та самоконтролю;
- захисні фактори (антисуїцидальні фактори).

Психологічний висновок відображає одночасно і процес, і результат психодіагностичної діяльності, спрямованої на виявлення, розпізнавання та оцінку ознак суїцидальної поведінки.

Психологічний діагноз – це висновок про стан і властивості обстежуваного на підставі комплексного аналізу окремих показників і характеристик [31].

За Р.В. Овчаровою, психологічний діагноз повинен:

1. Розкривати специфічні особливості суїцидальної поведінки, які мають бути впорядковані відповідно до їх питомої ваги у психосоматичному стані обстежуваного.

2. Не обмежуватися констатацією поточного стану, включати причинно-наслідкові зв'язки виникнення симптомів і прогноз.

3. Мати прогностичність.

4. Бути представленим за допомогою пояснюючих понять, які базуються на описовому матеріалі, що характеризує суїцидальну поведінку.

5. Встановлюватися шляхом виявлення як специфічних показників суїцидальної поведінки, так і особливостей особистісної сфери [31].

Розпізнавання ознак **суїцидальної поведінки** відноситься до розділу діагностики психічних станів, бо включає емоційні стани (емоційні індикатори) і стани свідомості [35].

Для діагностики **суїцидального переживання** необхідно встановити в певний проміжок часу будь-яку пару протилежних елементів ставлення до життя та смерті. Активність емоційного стану та стану свідомості суїцидента пов'язана з напруженістю його домінуючих компонентів. Домінування обумовлено взаємодією з важкими ситуаціями (ситуаційні індикатори) та їх віддзеркаленням (адекватне, неадекватне). Почуття й повнота свідомості звужені, відбувається пасивне зосередження на себе, відчуття безвиході та безглуздості існування.

Відкритими для оцінювання **суїцидальної поведінки** є зовнішні симптоми-ознаки, які відносять до поведінкових індикаторів [23].

І.Г. Малкіна-Пих у суїцидальній поведінці виділила чотири групи індикаторів (особливості ситуації, що склалася, настрою, когнітивної діяльності та висловлювань). Будь-які індикатори (ситуаційні, комунікативні, поведінкові, когнітивні, диспозиційні, мотиваційні, емоційні), в певних умовах можуть стати мотивами. Напрямок та комплекс методик діагностичного обстеження будуть залежати від того, які мотиви лежать у основі суїцидальної поведінки [23].

Ці мотиви виявляються в процесі психодіагностичної бесіди, психологічного анкетування, методу самозвіту (відомості, що повідомляються про себе, самоопис особливостей особистості в конкретних важких життєвих ситуаціях).

Ознаки суїцидальної поведінки, з урахуванням їх зв'язків, складаються в показники, а сукупність показників становить психодіагностичний висновок – психологічний діагноз.

Усі особистісні особливості суїцидента створюють певний стиль поведінки в подоланні труднощів, який характеризується наполегливим прагненням у досягненні поставленої мети, спробами подолання складної ситуації незалежно від об'єктивних обставин, невмінням і небажанням відступити або знайти компромісне рішення.

На даний час не існує універсальної психодіагностичної методики для визначення суїцидального ризику.

Результат розгорнутої, всебічної діагностики фіксується в інтегральній оцінці суїцидального ризику (ймовірності суїцидальних дій), як основної прогностичної категорії, і визначає тактику корекційної роботи та подальші **превентивні заходи**. Важливо відзначити, що **діагностика суїцидальної поведінки** включає в себе аналіз не тільки власне суїцидальних проявів (думок, переживань, тенденцій, вчинків та ін.) в їх статиці та динаміці, а й усієї сукупності особистісних, навколишніх, клінічних факторів, що беруть участь у генезі суїциду. Для здійснення ефективної суїцидальної превенції дуже важливо виявити індивідуальну вразливість на ранній стадії, щоб здійснити спроби попередження її загострення. Це не завжди психологічно очевидно, що, відповідно, вимагає спеціальних інструментальних методів оцінки суїцидального ризику.

В рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) приблизну шкалу оцінки суїцидального ризику складають чотири рівні (ризик відсутній, незначний, помірний, високий).

В основі профілактичного прогнозу рівнів суїцидального ризику лежить інтегральна оцінка, яка складається із суїцидогенних і антисуїцидальних факторів. Антисуїцидальні чинники є особистісним ресурсом у процесі адаптації та реабілітації як в індивідуальній, так і в груповій корекційній роботі фахівців.

Існуючі інструменти скринінгової діагностики спрямовані на виявлення осіб, які належать до групи підвищеного ризику суїциду, побудовані таким чином, що схильні переоцінювати ймовірність суїцидальної поведінки індивіда в майбутньому [6].

Крім того, скринінгові шкали часто розробляються на основі наукових досліджень, суб'єктами яких є особи, які вчинили спроби самогубства (парасуїцид) або відзначаються суїцидальним мисленням. При цьому профіль факторів ризику в таких осіб може значно відрізнятись від профілю в індивідів, які померли внаслідок суїциду, а кількість проспективних когортних (популяційних) досліджень у цій сфері надзвичайно мала.

Серед переваг скринінгових шкал для оцінки ризику суїциду виділяють такі:

- швидкість, простота та ефективність у використанні;

- можливість отримати доступ до інформації, яку важко отримати шляхом спостереження за поведінкою пацієнта та в процесі інтерв'ю, адже часто буває так, що індивіду легше викласти справжні переживання на папері або комп'ютері, аніж розповісти реальній людині;

- можливість проводити кількісний вимір показників щодо умовної “норми” та моніторити стан пацієнта в динаміці, порівнюючи результати обстеження в різні проміжки часу;

- окремі пункти опитувальників, які свідчать про психологічне неблагополуччя, можуть бути предметом прицільної оцінки та дискусії в процесі психотерапевтичної бесіди з пацієнтом (клієнтом).

На сьогоднішній день ніхто не почув переконливих даних на рахунок того, що питання про суїцидальні думки або плани самі по собі провокують суїцидальну поведінку опитуваного [69].

До недоліків скринінгових шкал відносять:

- у дослідника має місце спокуса приймати відповіді обстежуваного без їх критичного осмислення;

- можливість того, що терапевт або клієнт буде сприймати діагностичний інструмент як заміну побудови повноцінних терапевтичних відносин;

- ймовірність того, що стан пацієнта та відповідний ризик суїциду буде сприйматися лікарем (або психологом) як щось статичне та незмінне, в той час, як надзвичайно важливо оцінювати зміни в динаміці [69].

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ТА ГРУПОВОЇ ДІАГНОСТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ, НАМІРІВ І ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Психологічна діагностика спрямована на визначення ступеня вираженості суїцидальних намірів, комплексного супроводу та стратегій надання психологічної допомоги.

Робота психодіагноста вимагає, в першу чергу, знання методів і методик психологічної діагностики суїцидальної поведінки, а також гарних навичок їх практичного застосування. Спеціаліст, який здійснює діагностику, повинен точно представляти зміст і призначення методик, якими він користується, знати їх теоретичне обґрунтування та критерії надійності, валідності, достовірності. Крім того, він повинен чітко орієнтуватися в реальній ситуації обстеження, брати відповідальність за отримання, використання та зберігання психологічної інформації всіма його учасниками [31].

Діагностика суїцидальної поведінки включає в себе виявлення безпосередніх суїцидальних тенденцій (найближчих суїцидонебезпечних станів і позицій особистості, предиспозиційних суїцидогенних особистісних характеристик, форм і рівнів дезадаптації); особистісно-ситуаційних чинників (конфліктів і суїцидальних мотивів); групових факторів ризику (соціально-демографічних та інших середовищних).

На теперішній час опитувальники та анкети є одними з найбільш поширених діагностичних інструментів, які використовуються при оцінці суїцидального ризику та намірів. Спеціалізовані опитувальники поділяються на дві групи:

1) методики, що включають відносно прямі запитання про наявність суїцидальних думок і переживань;

2) опитувальники, які виявляють індивідуальні особистісні фактори, які найбільш тісно пов'язані з високою ймовірністю скоєння суїциду.

Для того, щоб обрати найбільш інформативні методики та опитувальники для профілактики й корекції суїцидальної поведінки, спочатку використовується методи психодіагностичної

бесіди та самозвіту. Всі методики й методи розраховані на здорових у психічному сенсі військовослужбовців.

Процедура психодіагностичного дослідження включає:

1. Підготовку до обстеження, визначення цілей і завдань, підбір методик.
2. Бесіду з військовослужбовцем, встановлення позитивного емоційного контакту, формування мотивації на виконання завдань.
3. Проведення психодіагностики.
4. Психологічний висновок.

2.1. Методи структурованого інтерв'ю, стандартизованого самозвіту та бесіди в психодіагностиці суїцидального ризику військовослужбовців

2.1.1. Структуроване інтерв'ю

КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

Психолог повідомляє клієнта про те, що вся надана ним інформація є конфіденційною і не підлягає розголошенню. Проте, інформує клієнта, що в разі виявлення існування загрози життю і здоров'ю клієнта (аутоагресії), або імовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю і життю оточуючих, інформацію буде надано психологу підрозділу або безпосередньому командирі (начальнику).

ДАТА _____ ЧАС (з _____ до _____ години)

ФОРМА ОБСТЕЖЕННЯ:

- віч-на-віч;

- за допомогою двостороннього електронного відео - та аудіо-запису (у випадках попереднього погодження на госпіталізацію).

1. ОСОБИСТІ ДАНІ

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Вік: _____

Дата народження: _____
день/місяць/рік

Фізична особа: _____
стать громадянство зріст вага

Військове звання _____

Військова спеціальність _____

Освіта:

- незакінчена середня; - повна загальна середня;
 - середня спеціальна; - незакінчена вища;
 - повна вища.

Адреса: _____
(Назва вулиці, міста чи смт, поштовий індекс)

Телефон: () _____

Вступив до лав ЗС України: добровільно - ; за призовом - .

Якщо клієнт служить за контрактом, вказати дату заключення контракту _____

Загальна тривалість перебування в зоні ООС _____.

В який період знаходився в зоні ООС? _____

Безпосередня участь у бойових діях: так ; ні .

Номер підрозділу (бригада, батальйон, рота, взвод, відділення, посада)

Професія до мобілізації (основний рід занять): _____

Сімейний стан:

- неodrужений; - офіційно одружений / заміжня;
 - незареєстрований шлюб; - розлучений;
 - вдівець/вдова.

Кількість зареєстрованих шлюбів _____.

Середній щомісячний дохід з усіх джерел _____.

Оцінка власної соціальної захищеності:

Соціальна захищеність – це рівень та стан реалізації соціальних прав особистості правовими засобами, виражені в стійкому благополуччі людини, у високому рівні її добробуту. Іншими словами, соціальна захищеність – це ті правові умови, які на базі соціально-економічних і культурних реальностей дають можливість для сприятливого індивідуального розвитку особистості, реалізації її творчих і виробничих можливостей і здібностей.

Соціальна захищеність – це результат дії механізмів соціального захисту, коли особа, яка опинилася в силу причин об'єктивного чи суб'єктивного характеру в несприятливому становищі, має, на її власну думку, можливість скористатися певним мінімумом гарантованих державою благ. Соціальна захищеність може бути реальною або удаваною. При реальній соціальній захищеності суб'єкт переконаний у достатності наданих йому благ так само, як і в можливості їх отримання, і до того ж, існують ефективно діючі механізми соціального захисту, якими він може скористатися. При удаваній соціальній захищеності у суб'єкта є уявлення про достатність наданих йому благ і можливостей їх реального отримання, але існуючі механізми соціального захисту не дозволяють реально скористатися ними.

- задовільна; - незадовільна; - вкрай незадовільна.

Наявність дітей:

- немає; - одна; - двоє; - троє і більше.

Чи притягалися Ви або члени Вашої родини до кримінальної відповідальності (якщо так, то хто, коли та за що)?

Захоплення: (гра на музичних інструментах, різьба по дереву, спорт, тощо): _____

Що приносить задоволення в житті? _____

Чи є плани на майбутнє, які? _____

Чи звертався до психолога раніше? так; ні.

Чи була допомога психолога ефективною? так; ні.

Що сподобалося в роботі психолога? _____

Що не сподобалося в роботі психолога? _____

Які причини змусили звернутися до психолога в цей раз? _____

Що очікуєте від цієї зустрічі з психологом? _____

Звідки дізналися, хто рекомендував (якщо не в умовах стаціонару)? _____

Рішення про звернення до психолога приймалось:

- самостійно;

- на прохання рідних, друзів;

інше _____

2. ВІДОМОСТІ ПРО РОДИНУ

Дружина (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Мати (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Батько (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Брати, сестри (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації) _____

Діти (П.І.Б., дата народження) _____

Характер відносин між членами родини:

демократичні : рівноправні відносини; рівність прав і рівність обов'язків;

романтичні : подружжя чекає духовної згоди один від одного, важливе значення приділяється сентиментальним символам;

батьківський партнер : у подружніх відносинах повторює модель родини своїх батьків;

дитячий партнер : у відносинах присутні деяка спонтанність, безпосередність і радість, однак одночасно набувається влада над

дружиною/чоловіком своїм “дитячим” способом, тобто проявом слабкості і безпорадності;

раціоналістичні : раціоналістичний партнер стежить за проявом емоцій, точно дотримується прав і обов’язків. Він відповідальний і тверезий в оцінках, добре пристосовується до життя, незважаючи на те, що його партнерка не поводитьсь таким же чином;

товариські : розділяють між собою повсякденні турботи, не претендують на романтичне кохання, приймають як неминуче звичайні тяготи сімейного життя;

незалежні : в шлюбі зберігається певна дистанція по відношенню до свого партнера. Присутнє прагнення уникнути зайвої інтимності у відносинах і бажання, щоб партнер ставився з повагою до цих вимог;

епілептоїдні : сексуальне бажання високе, але любов до порядку і повага до заборон блокують будь-які “недозволені” різноманітності в сексі. Партнер весь час обмежує свої бажання рамками консервативних форм, для нього характерні механічно здійснювані дії, що приносять сексуальне задоволення тільки йому самому. Його партнер при цьому - за межами сфери уваги. Глибокий особистісний контакт у подружжя відсутній;

паранойяльні : секс - виключно засіб задоволення. До фізичного і духовного злиття партнер не прагне. Про те, щоб принести задоволення іншому, паранойяльний партнер навіть не замислюється;

психастеноїдні : невимогливий партнер в інтимному житті. Задовольняючись бляклими фізіологічними відчуттями, справжнє задоволення вони отримують від свідомості того, що доставляють насолоду партнеру;

гіпертимні : високо сексуальні партнери, вміють отримувати задоволення і надавати його партнеру. Подружжя створює дуже приємний фон для інтимного спілкування. Вільні у проявах сексуальності, не обмежують себе ніякими заборонами. “Все, що приємно, - корисно” або “красиво і етично все, що стосується взаємного задоволення і згоди”. Такі партнери нескінченно впевнені в собі;

істероїдні : без любові такі партнери на інтимні стосунки не йдуть. Навіть за наявності багатьох сексуальних контактів, в кожен конкретний момент вони щиро люблять предмет привабливості. У сексі винахідливі, здатні влаштувати з інтимного контакту справжнє свято;

шизоїдні : сексуальність низька, дещо холодна, механістична, позбавлена емоційного компонента;

гіпотимні : низька сексуальність, як правило, партнер не задоволений подружніми стосунками;

сенситивні : в подружніх відносинах цінується, перш за все, еротичний компонент - тиха ласка, ніжність, можливість відчутти захищеність і емоційну близькість. Налаштовані на те, щоб давати радість партнеру, а не вимагати її для себе;

відкрите партнерство : поважне ставлення до особистого життя

партнера, ненав'язування йому своєї думки і смаків, не ображатися на нього, якщо він не прагне постійно робити для іншого партнера щось приємне; вміння ділитися один з одним як позитивними, так і негативними почуттями, без критичних оцінок; недотримання ролей, що традиційно вважаються чоловічими або жіночими, пробувати змінювати ролі; безумовна довіра один одному (“я вірю їй, навіть якщо б вона була мені невірною”);

з двосторонньою залежністю : відносини пасивно-залежного чоловіка з пасивно-залежною дружиною. Подружжя, в якому “обидва не вміють плавати і топлять один одного, штовхаючи під воду”. Обидва мріють про кохання, і кожен думає, що в шлюбі він дає більше, ніж отримує. Обидва поводяться як діти. Ніхто з них не здогадується проявити достатній інтерес до проблем іншого.

Чи є в родині особи, які мають інвалідність, потребують постійного медичного догляду (хто, з якої причини)? _____

Оцінка соціальної захищеності родини:

- задовільна; - незадовільна; - вкрай незадовільна.

Відношення членів родини до вибору професії (військової):

- схвалюють; - проявляють байдужість; - не схвалюють;

- наполягають на звільненні.

Рекомендована консультація сімейного психотерапевта: - ні; - так.

3. ВІДОМОСТІ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Чи хворий клієнт зараз? - ні; - так.

Якщо так, то чим саме? _____.

Чи має клієнт поранення внаслідок участі в АТО? - ні; - так.

Характер поранення: _____.

Наявність інвалідності: - ні; - так.

Якщо так, то якої групи? _____.

Вкажіть, яке лікування Ви отримували протягом останнього місяця:

- стаціонарне;

- денний стаціонар;

- стаціонарне менше 3-х днів; - стаціонарне вечорами;

- амбулаторне;

- був здоровий, але не отримував ніякого лікування;

- відчував себе хворим, але не отримував ніякого лікування;

- отримував лікування у осіб без медичної освіти.

Якщо клієнт проходив стаціонарну госпіталізацію:

1) а. Приблизна загальна кількість госпіталізацій _____.

1) б. У державному закладі: - ні; - так.

2) а. Дата виписки з останньої госпіталізації _____

2) б. Місце виписки _____

Причина госпіталізації: _____

Відділення, в якому проходив лікування: _____

Коментарі (необов'язково): _____

Як оцінює свій стан здоров'я?

- добрий; - задовільний;
 - незадовільний; - вкрай незадовільний.

Чи є серед перенесених Вами захворювань:

- туберкульоз,
 гепатит,
 венеричні захворювання,
 гострі кишкові захворювання,
 черепно-мозкові травми (з яких причин),
 інші перенесені захворювання (які, з яких причин) _____.

Що з'явилося у клієнта нового, чого не було до мобілізації?

- у поведінці; - в емоціях; - у відчуттях;
 - у думках; - зміна життєвих цінностей;
інше _____.

Психологічний висновок:

4. ОПИС ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ ТА ПОТОЧНИХ ОБСТАВИН
(вказати інформацію про те, що допомогло клієнту у попередні рази переживання травматичної події, раптових подій, що призвели до проблем; про стресові фактори, сильні якості, чинники прийняття рішень, доступність мережі підтримки, недавня поведінка):

5. ОБСТЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ (перевірити всі можливі ознаки та вказати специфічні особливості поведінки у висновках).

- Зовнішній вигляд:** - в межах норми; - недостатня гігієна;
 - збуджений; - загальмований;
 - неохайний; - дивний;
 напружений.

Порушення поведінки / рухових навичок:

- в межах норми; - схвильованість;
 - обачність; - контроль імпульсів;
 - тремтіння; - маніакальність*;
 сповільнення психомоторних навичок.

Орієнтування: - в межах норми;

дезорієнтований:

- у часі; - у просторі;
 - стосовно іншої людини; - стосовно ситуації.

- Мовлення:** - в межах норми; - сповільнене; - виснажене ;
 - інше; - напружене; - тихе / гучне;
 - нерозбірливе.

Настрій:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> - в межах норми; | <input type="checkbox"/> - сердитий / ворожий; |
| <input type="checkbox"/> - стурбований; | <input type="checkbox"/> - відсторонений; |
| <input type="checkbox"/> - пригнічений; | <input type="checkbox"/> - у стані ейфорії; |
| <input type="checkbox"/> - у стані ангедонії. | |

- Діапазон настрою:** - в межах норми; - стиснутий;
 - рівний; - нестійкий;
 - недоречний.

- Зміст думок:** - в межах норми; - марення;
 - ідеї посилянй; - нав'язливі ідеї;
 - ідеї звеличення; - параноїчні ідеї*;
 - фобії.

- Процес мислення:** - в межах норми; - втрата асоціацій;
 - випадкові ідеї; - відхилення думок;
 - політ ідей; - замикання;
 - непохитність думок.

- Перцепція/ Сенсорне сприйняття:** - в межах норми;
галюцинації: - слухові; - візуальні; - нюхові;
 - тактильні; ілюзії.

- Пам'ять:** - в межах норми;
порушена: - короткострокова; - довгострокова;
 - безпосередня.

- Здатність до надання історичної інформації:** - так; - ні.

Якщо ні, поясніть нижче у висновках.

- Апетит:** - в межах норми; - поганий;

- Вага:** - втрата; - набирання;
 - підвищена; - знижена.

- Сон:** - в межах норми; надмірна сонливість;
 - початковий етап проблеми;
 - проблема тривалості сну.

- Розуміння:** - в межах норми; - у вигляді обвинувачень;
 - незначне - відсутнє.

- Рівень навичок прийняття рішень:** - достатній; - порушені;
 - низький.

- Оцінка рівня інтелектуальних здібностей/ функціональної здатності:**
 - вище середнього; - середній;
 - нижче середнього; діагноз розумової незрозуміності.

- Рівень надійності свідчень клієнта (пояснити нижче):**
 - високий; - достатній; - низький.

Поясніть клінічно важливі ознаки, враховуючи особливості, які не вдалося оцінити вище:

Поточні симптоми/проблеми:

№ з/п	Назва	Ознаки	З якого моменту симптом присутній	Як довго триває	Чи заважає клієнту
1	Тривога	Очікування якоїсь небезпеки.			
2	Панічні атаки	Триває 5-10 хвилин. Починається раптово і повністю опановує думками і свідомістю людини. Супроводжується страхом за власне життя і незрозумілою тривогою. Посилюється одночасними вегетативними симптомами: <ul style="list-style-type: none"> • частий пульс, серцебиття, відчуття перебоїв або завмирання серця; • підвищення артеріального тиску під час нападу, іноді до дуже великих значень; • відчуття задухи, нестачі повітря, утрудненого дихання; • розлиті болі або неприємні відчуття в області серця; • підвищена пітливість і озноб; • тремтіння, поколювання, оніміння в руках і ногах; • запаморочення, нудота, стан близький до непритомності; • сухість у роті, відчуття “комка” в горлі. 			
3	Фобія	Всі проблеми починаються в момент зіткнення з фобічним стимулом (висота, павуки, замкнений простір (ліфт) тощо), причиною фобії. Людина при цьому ментально втрачає над собою контроль, причому страх не піддається ніяким впливам раціонального мислення і логіки. Основні ознаки фобій: <ul style="list-style-type: none"> - Озноб; - Пітливість кінцівок; - Тахікардія (прискорене серцебиття); - Задуха; - Потемніння в очах; - Стан жаху. 			

4	Обсесивно-компульсивні дії	Для них характерні повторювані нав'язливі думки, які нерідко перетікають в ритуальні дії, що здійснюються, щоб зняти внутрішнє напруження, зменшити відчуття тривоги і запобігти лякаючим подіям. При цьому між нав'язливими діями і наслідками, від яких вони нібито повинні захистити, зазвичай не простежується ніякого логічного зв'язку.			
5	Соматизація	Перехід негативних емоцій на рівень тіла, при їх тривалому впливі, призводить до різних порушень у внутрішніх органах, розвиваються реальні соматичні порушення (підвищений тиск, хвороби серця, біль у м'язах, суглобах, шлунково-кишкові розлади).			
6	Депресія	<ul style="list-style-type: none"> • розлади сну (трудність при засипанні, ранне пробудження, поверхневий сон, не приносить відчуття відпочинку, або кошмарні сновидіння); • пригнічений стан, почуття втоми; • почуття провини, відчуття власної безпорадності і непотрібності; • відсутність або зниження апетиту; • психосоматичні розлади; • втрата інтересу до улюблених занять, до навколишнього світу; • зниження енергетичного потенціалу, статевого потягу, нездатність радіти; • постійне відчуттям втоми. 			
7	Порушення пам'яті	<p>Амнезії - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію.</p> <p>Види амнезій:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною; - антероградна амнезія - труднощі 			

		<p>відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості;</p> <p>- антероретроградна амнезія - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.</p> <p>2. Часткові порушення пам'яті:</p> <p>- гіпомнезія - зниження пам'яті,</p> <p>- гіпермнезія - підвищення пам'яті, виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.</p> <p>3. Парамнезії:</p> <p>- конфабуляції - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій;</p> <p>- псевдоремінісценції - порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;</p> <p>- криptomнезії - розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.</p>			
8	Дивні думки				
9	Дивна поведінка	Поведінка, яка не властива клієнту			
10	Параноїчні думки	Нездорова підозрілість, схильність бачити у випадкових подіях підступні дії ворогів, вибудовувати складні теорії змов проти себе, зі збереженням в іншому логічності мислення.			
11	Розлади харчової поведінки	<p>Анорексія - критичне зниження маси тіла, часто небезпечно для життя, втрата апетиту.</p> <p>Булімія - патологічно підвищене відчуття голоду, яке супроводжується деколи слабкістю і больовими відчуттями в надчеревній ділянці. Цей стан інколи поєднується із зниженням відчуття насичення, внаслідок чого виникає потреба в надмірно великих кількостях їжі (поліфагія).</p> <p>Спотворення смаку - непереборне бажання вживати в їжу будь-що</p>			

		незвичайне й малоїстівне - крейду, папір, глину, ґрунт, зубний порошок, вугілля, пісок, лід, каміння, скло, метал, а також сире тісто, фарш, крупу. Булімія - порушення харчової поведінки, що проявляється підвищеним апетитом і ненажерливістю. Людина відчуває постійну потребу в їжі.			
12	Порушення апетиту	Підвищення, зниження, відсутність апетиту.			
13	Недостатність навичок прийняття рішень	Відсутня психологічна готовність до прийняття рішення. Відсутність навичок у випадку, коли деякі рішення варто приймати миттєво, керуючись лише своєю інтуїцією, а деякі вимагають глибокого аналізу і збору додаткової інформації. Невміння використовувати методику “за” і “проти”, прислухатися до свого внутрішнього голосу, аналізувати наслідки і процес прийняття рішень. Нездатність повертатися до своїх помилок, побоюючись неприємних емоцій, аналізувати важливі прийняті рішення на предмет, що можна було поліпшити як в самому рішенні, так і в процесі і методиці його прийняття.			
14	Втрата інтересу	У разі, якщо те що раніше приносило задоволення, тепер його не приносить (наприклад, улюблені види діяльності, спорт, хобі тощо).			
15	Втрата енергії	Сонливість, запаморочення, втрата працездатності, відчуття, що “все валиться з рук”.			
16	Сексуальна дисфункція	У чоловіків найчастіше - у вигляді дезактуалізації статевого життя, а сексуальна дисгармонія подружньої пари виникає головним чином унаслідок реакції дружини на захворювання чоловіка. У жінок - переважну роль відіграє витіснений комплекс провини та ідеї самозвинувачування.			

		Зниження статевого потягу, аж до алібідемії, послаблення сексуальних відчуттів і гіпооргазмія. Спостерігаються аноргазмія, болі під час статевого акту, особливо якщо жінка пережила сексуальне насильство.			
17	Порушення сну	Труднощі із засипанням ввечері або неможливість заснути, прокинувшись вночі; часте пробудження протягом ночі, переривчастий сон; щоб змусити себе заснути, клієнт приймає якісь заходи (випиває снодійне, вимикає світло, створює ідеальну тишу тощо); сонливість і низька працездатність протягом дня; клієнту сняться кошмари.			
18	Недостатність навичок міжособистісних взаємин	Виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими. Схильність до підвищеної конфліктності. Хвороблива реакція на критику.			
19	Проблеми поведінки	Відзначено наявність деяких ознак девіантних (адиктивної і делінквентної) форм поведінки. Наявність агресивних реакцій відносно оточуючих. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки: дрібні порушення морально-етичних норм; злочинні дії, аутоагресивна поведінка; прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин чи постійна фіксація уваги на визначених видах діяльності, що спрямована на розвиток і підтримку інтенсивних емоцій; агресивна поведінка; конфліктна поведінка; акцентуйована поведінка; віктимна поведінка - активність особистості, за якої вона певним чином сприяє скоєнню злочину проти неї, свідомо чи підсвідомо нехтуючи запобіжними заходами, обираючи спосіб життя, який			

		привертає до неї увагу агресивних осіб, злочинців тощо.			
20	Сімейні проблеми	Соціально-побутові проблеми, проблеми в інтимному житті; проблеми, пов'язані з вихованням дітей тощо.			
21	Недостатність системи підтримки	Відсутність підтримки з боку родини; друзів; колег; керівництва; держави.			
22	Зміна ваги	Збільшення ваги, схуднення.			
23	Незвичні рухи тіла	Рухи тіла, які є не звичними, для клієнта і які з'явилися			
24	Інші:				

Опишіть симптоми / проблеми подані вище більш детально:

6. РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ (приклад)

№ з/п	Назва методики	Шкала	Показник	Інтерпретація результатів
1	Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД)			
2	Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу	ПТСР		
3	Опитувальник Міні-мульти	Шкала брехні Шкала достовірності Шкала корекції Шкала іпохондрії		

		Шкала депресії Шкала істерії Шкала психопатії Шкала паранойяльності Шкала психастенії Шкала шизофренії Шкала гіпоманії		
4	Стрес-фактори			
5	PHQ-9 - анкета (опитувальник) респондента про стан здоров'я	Рівень депресії		
6	Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП)	Вторгнення Уникнення Збудливість		

Результати проєктивних тестових методик

№ з/п	Назва методики	Інтерпретація
1	Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)	
2	Методика ДІМ-ДЕРЕВО- ЛЮДИНА	

Психологічний висновок:

7. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПРОБЛЕМИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА (перевірити):

- група підтримки; - соціальне середовище; - освітня сфера;
 - професійна сфера; - сфера житлових умов; - економічна сфера;
 - сфера охорони здоров'я;
 - сфера правової системи;
 - інші.

8. ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ / КЛІНІЧНА ДУМКА:

Психічні захворювання: - наявні; - відсутні.

Зловживання речовинами: - відсутнє; - наявне; - має залежність;
 - нестійка ремісія.

Поточні фактори ризику: (перевірити всі можливі)

Схильність до суїциду: - немає;
 - наявність думок;
 - наявність плану;
 - наявність намірів без засобів;
 - присутні наміри з наявністю засобів.

Схильність до вбивства: - немає;
 - наявність думок;
 - наявність плану;
 - наявність намірів без засобів;
 - присутні наміри з наявністю засобів.

Якщо фактори присутні, клієнт може дати зобов'язання не нашкодити:

- самому собі; - іншим.
Контроль імпульсів: - достатній; - середній; - мінімальний;
 - перемінний; - критичний.

Визначення ризику:

- інша інформація, що має відношення до цього, якщо наявна.
 - Спостерігається істотна вірогідність того, що в результаті психічних розладів найближчим часом він / вона постраждає через недостатність змоги:
 - захистити себе від заподіяння шкоди або
 - задовольнити свої основні людські потреби;
 - залучення до поведінки, яка може призвести до заподіяння шкоди;
 - інтервенції, спрямовані на запобігання небезпечної поведінки;
 - зі здійсненою спробою заподіяння шкоди;
 - яка була невдалою.

Опишіть особливості нещодавньої поведінки, перевірені вище: _____.

Здатність та готовність приймати добровільне лікування / Госпіталізацію / Найменш обмежувальні альтернативи:

- спроможний; - не спроможний виконувати дії стосовно лікування;
 - спроможний; - не спроможний розуміти відповідну інформацію;
 - спроможний; - не спроможний розуміти наслідки;
 - готовий; - не готовий прийняти лікування на добровільній основі;
 - існує; - не існує менш обмежувальних соціальних альтернатив для надання допомоги цьому клієнтові.

Лікування та варіанти підтримки: - розглянуто або - здійснено.

9. ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ЗЛОВЖИВАННЯ РЕЧОВИНАМИ ТА ІСТОРІЯ ЛІКУВАННЯ:

Перевірити чи вживає клієнт на даний час або задайте клієнту наступні питання:

Чи вживали Ви алкоголь чи наркотичні речовини за останні 30 днів?

- так; - ні.

Дата останнього разу вживання:

алкоголь _____; наркотичні речовини _____.

Які наркотичні речовини Ви вживали у минулому? _____

Чи вважали коли-небудь Ви чи інша людина, що у Вас є проблема, пов'язана із вживанням алкоголю чи наркотичних речовин? - так; - ні.

Чи переживали Ви коли-небудь досвід синдрому відміни від алкоголю чи наркотичних речовин? - так; - ні.

- Якщо так, перевірити все можливе: - тремор; - блювота;
 - діарея; - паранойя;
 - головний біль; - нудота;
 - потовиділення.

Особа відмовилась дати відповіді на запитання стосовно вживання алкоголю чи наркотичних речовин.

Перевірити, якщо ці ознаки спостерігалися за ОСТАННІ 24 ГОДИНИ:

- тремор; - судоми; - біла гарячка;
 - блювота з наявністю крові - так; - ні;
 - діарея з наявністю крові - так; - ні.

Якщо особа проходила стаціонарний детокс:

- А) Вказати кількість разів проведення детоксу _____.
Б) Дата виписки з останнього разу детоксу: _____.
В) Місце виписки: _____.

Підпис особи, яка проводила попереднє обстеження клієнта: _____.

Ім'я та прізвище особи: _____.

Дата: _____.

ПРИМІТКИ:

ПЕРСОНАЛЬНИЙ ДОДАТОК

Клієнту надається можливість коментувати:

- так (див. коментарі нижче);
 - так, але клієнт відмовляється коментувати;
 - ні, пояснити:

ІНДИВІДУАЛЬНІ КОМЕНТАРІ

Ворожість є наслідком невдоволення клієнта: навколишнім рівнем свого життя, іншими людьми, самим собою чимось іншим.

1. Як би Ви описали поточну ситуацію?
2. Що на Вашу думку, було б найбільш корисним для Вас зараз?
3. Чи є якісь окремі особи, які могли би бути залученими до участі у наданні Вам підтримки та лікування (члени родини, друзі, побратими)?
4. Чи є щось таке, що Ви вже використали в якості спроби владнати поточну ситуацію?
5. Які Ваші три найсильніші якості?
6. Чи хотіли б Ви прокоментувати що-небудь ще?

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ВИСНОВОК:

Підпис особи _____ **Дата:** _____

ДОГОВІР

Я,

(П.І.Б.)

зобов'язуюсь протягом наступних 30 діб, в будь-якому випадку і за будь-яких умов не заподіяти шкоди собі та оточуючим.

Дата _____

Підпис _____

Контактна особа в разі екстреного випадку: _____.

Тип стосунків з клієнтом: _____.

Адреса:

(Назва вулиці, назва міста чи смт, поштовий індекс)

Дозвіл на звернення: - так; - ні.

Телефон: домашній (_____) _____; робочий (_____) _____

Професія: _____. Працевлаштований: - так; - ні.

Ветеран: - так; - ні; - невідомо .

2.1.2. Схема обстеження суїцидальних пацієнтів (Д.С. Ісаєв, К.В. Шерстньов)

Мета – визначення соціально-медичних індикаторів суїцидальної поведінки [10].

Діагностичні показники: дані анамнезу, характерологічні особливості, психічний стан.

Паспортні дані:

1. П.І.Б. пацієнта.
2. Стать.
3. Рік народження, вік.
4. № історії хвороби.
5. Сімейний стан.
6. З ким проживає.
7. Адреса із зазначенням району.
8. Професія, кваліфікація, місце роботи (навчання), посада.
9. Дата здійснення суїцидальної спроби.
10. Дата початку реабілітаційної програми.
11. Дата завершення реадаптаційної програми.

Дані анамнезу:

12. Наявність психічних захворювань у родичів (яких, у кого).
13. Наявність алкоголізму у родичів.
14. Суїциди і суїцидальні спроби у родичів (у кого, вік).
15. Спадкова обтяженість (конкретно у кого, характер обтяженості, по якій лінії).
16. Склад сім'ї – повна, неповна, інші варіанти.
17. Соціальне становище батьків:
 - матір – _____;
 - батько – _____.
18. Особистісні якості батьків:
 - мати – любляча, нехтуюча, відмовляюча, домінуюча, стенічна, агресивна, покірна, пасивна;
 - батько – люблячий, нехтуючий, відмовляючий, домінуючий, стенічний, агресивний, покірний, пасивний.
19. Лідерство в сім'ї.
20. Конфлікт у сім'ї: є; немає; характер конфлікту _____.
21. Положення пацієнта в сім'ї (наявність братів, сестер, їх вік, стосунки з ними).
22. Неправильні форми сімейного виховання: були відсутні; спотворююча гіперпротекція; домінуюча гіперпротекція; емоційне відкидання та (або) жорстоке поводження; гіпопротекція; підвищена моральна відповідальність; нестійкість стилю виховання (поєднання різних форм).
23. Види покарань у сім'ї.
24. Мотивація при навчанні в навчальному закладі.
25. Успішність.
26. Положення в групі.
27. Участь у неформальних угрупованнях (конкретно в яких).
28. Правопорушення – були чи ні, які конкретно.
29. З якого віку почав трудову діяльність, де і ким працював, характер адаптації, конфлікти за місцем роботи (навчання).
30. Звичні інтоксикації – куріння, алкоголь, наркотики – частота вживання, мотив вживання, сексуальне життя:
 - початок менструацій, полюцій;
 - форми самозадоволення;
 - вік першого сексуального контакту;
 - вік вступу в шлюб;
 - мотиви вступу в шлюб;

- статеве життя поза шлюбом – є, / немає, мотиви;
- соціально-побутові умови;
- перенесені захворювання та ін.;
- шкідливі звички, які конкретно, вік;
- вагітність – була – не була, вік, особливості перебігу – пологи, аборти, ускладнення.

Характерологічні особливості особистості:

- конформні, астеничні, психастеничні, шизоїдні, збудливі або епілептоїдні, істеричні, нестійкі, мозаїчні, інші;
- гіпертимні, дистимні, циклоїдні, збудливі, емотивні, демонстративні, тривожні, застрягаючі, педантичні, екзальтовані.

31. Вираженість характерологічних особливостей особистості: в межах норми, акцентуйовані, психопатичні.

Характеристики суїцидальної поведінки

32. Травми, нещасні випадки в минулому: були; не були; коли; які.

33. Мимовільне самоушкодження.

34. Сновидіння:

- із символікою смерті – так/ні, вік;
- із елементами аутоагресії – так/ні, вік, які;
- зі сценами нападу, вбивства – так/ні, вік;
- повторювані сновидіння – так/ні, зміст, емоційне ставлення до змісту сновидінь.

35. Страх смерті – так/ні, обґрунтований чи ні, вік.

36. Інтерес до смерті, вбивств, самогубств, похорону, вік.

37. Фантазування на тему власної смерті – вік, зміст.

38. Відсутність інтересу до життя – вік, зміст.

39. Бажання власної смерті – вік.

40. Планування наслідків суїциду – так/ні, конкретно коли, зміст.

41. Боротьба мотивів.

42. Моральні міркування – самоосудження, самовиправдання.

43. Формулювання мети суїциду.

44. Характеристика особистісного сенсу суїциду: протест, помста, заклик, уникнення покарання, страждання, самопокарання, відмова.

45. Вибір способу суїциду – відомості від родичів, знайомих, із книг, ін. варіанти.

46. Безпосередній привід (провокуючий фактор).

47. Записки – так/ні, зміст.

48. Характеристика постсуїцидального періоду.

49. Актуальність конфлікту.

50. Суїцидальні тенденції.

51. Ставлення до суїцидальної спроби.

Дослідження психологічного стану суїцидента:

1. Зовнішній вигляд і поведінка:

- тужливий вираз обличчя (скорботна міміка);
- гіпомімія;
- амімія;
- тихий монотонний голос;
- уповільнена мова;
- стислість відповідей;
- відсутність відповідей;
- прискорена експресивна мова;
- патетичні інтонації;
- голосіння;
- схильність до ниття;
- загальна рухова загальмованість;
- бездіяльність, адинамія;
- рухове збудження.

Експресивно-патетичні форми поведінки (заламування рук, стогони, бідкання, нарікання, гучні зітхання, ридання):

- прагнення до самоушкодження;
- неохайність в одязі;
- занедбаний вигляд.

2. Відчуття, сприймання та уявлення:

2.1. Гіперстезія.

2.2. Гіпостезія (зниження больової та температурної чутливості).

2.3. Яскравість сприйняття.

2.4. Втрата яскравості сприйняття.

2.5. Відчуття нереальності сприйняття

2.6. Яскравість зорових уявлень.

2.7. Прискорений перебіг часу.

2.8. Уповільнене уявлення про час.

2.9. Втрата уявлень про час.

2.10. Відсутність зорових уявлень.

3. Пам'ять:

3.1. Труднощі запам'ятовування поточних подій.

3.2. Переважання спогадів минулого.

3.3. Утруднення у відтворенні минулих подій.

3.4. Вибіркова спрямованість неприємних подій минулого.

3.5. Нав'язливі спогади.

4. Мислення:

4.1. Загальмованість мислення.

4.2. Прискорення мислення.

4.3. Переважання похмурого змісту думок.

4.4. Нав'язливі думки про смерть.

4.5. Нав'язливі думки іпохондричного змісту:

- дисморфобії типу нав'язливостей;
- інші нав'язливості у сфері мислення, емоційно значущі;
- те ж, емоційно нейтральні;
- надцінні ідеї іпохондричного змісту;
- дисморфобії типу надцінних ідей.

5. Увага:

5.1. Нездатність зосередити увагу на чомусь.

5.2. Виснаженість уваги.

5.3. Прикутість уваги до чого-небудь

6. Порушення діяльності:

6.1. Зниження активності.

6.2. Зниження інтересів, бажань.

6.3. Втрата ініціативи.

6.4. Труднощі у виборі рішень.

6.5. Відчуття невпевненості в правильності своїх дій.

6.6. Труднощі у виконанні повсякденних справ.

6.7. Відчуття втрати навичок у повсякденному житті.

6.8. Відчуття втрати професійних навичок.

6.9. Почуття безпорадності.

6.10. Зниження працездатності.

7. Емоційне порушення:

- нудьга;
- смуток;
- сум;
- пригніченість;
- похмура понурість;
- злостивість;
- дратівливість;
- буркотливість;
- бурчання, бубніння;
- неприязне, вороже ставлення до оточуючих;
- почуття ненависті до благополуччя оточуючих;

- почуття фізичного невдоволення;
- байдуже ставлення до себе, до оточуючих;
- почуття бездушності;
- тривога безпредметна (невмотивована);
- тривога предметна (мотивована);
- очікування непоправного лиха;
- страх невмотивований;
- страх мотивований;
- туга як постійний фон настрою;
- вибухи туги з почуттям відчаю, безвиході;
- посилення похмурого настрою при радісних подіях навкруги.

Оцінка власного життя:

- песимістична оцінка свого минулого;
- вибіркові спогади неприємних подій минулого;
- песимістична оцінка свого нинішнього стану;
- відсутність перспектив у майбутньому.

Взаємодія з навколишнім:

- відлюдність, уникнення контактів з оточуючими;
- прагнення до контакту з оточуючими, пошуки співчуття, звернення до лікаря за допомогою;
- схильність до ниття;
- примхливість;
- егоцентрична спрямованість на свої страждання.

Вегетативні порушення:

- сльозливість;
- розширення зіниць;
- сухість у роті (“симптоми сухого язика”);
- тахікардія;
- підвищений АТ (артеріальний тиск);
- відчуття стисненого дихання, нестачі повітря;
- відчуття грудки в горлі;
- головні болі;
- безсоння;
- підвищена сонливість;
- порушення ритму сну;
- відсутність відчуття сну;
- відчуття фізичної важкості, душевного болю в грудях;
- те саме в інших частинах тіла (голові, епігастральній ділянці, животі);

- закрепи;
- зниження ваги тіла;
- підвищення ваги тіла;
- зниження апетиту;
- їжа сприймається позбавленою смаку;
- зниження лібідо;
- порушення менструального циклу (затримка).

Динаміка стану протягом доби:

- покращення стану до вечора;
- погіршення стану до вечора;
- стійкий стан (відсутність добових коливань).

2.1.3. Метод визначення ризику суїцидальності (Методика “Карта ризику суїциду”)

Мета – Карта призначена для визначення ризику скоєння суїциду і ступеня такого ризику в осіб, що опинилися у важких життєвих ситуаціях.

Інструкція: застосовувати карту доцільно при дослідженні військовослужбовців з існуючими в анамнезі гострими афективними реакціями на тлі акцентуації характеру, а так само при встановленні ризику суїциду осіб без вираженої характерологічної патології в умовах життєвої кризи.

Карта містить 31 чинник ризику суїциду, наявність кожного з яких необхідно виявити в досліджуваного. Карту повинні заповнювати психологи, які добре знайомі з анамнезом і особистістю людини на підставі вільної бесіди з ним.

Карта ризику суїцидальності

П.І.Б. _____

Стать _____ Вік _____ Дата _____ Час _____

№з/п	Чинники, що вивчаються:	Вираженість чинника
<i>I Дані анамнезу (дані з життя досліджуваного)</i>		
1.	Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років	
2.	Мала місце спроба суїциду раніше	
3.	Наявність спроб самогубства у рідних	

4.	Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років)	
5.	Недостатність сімейного тепла в дитинстві або юнацтві	
6.	Повна або часткова бездоглядність у дитинстві	
7.	Початок статевого життя до 18 років	
8.	Провідне місце у системі цінностей належить любовним стосункам.	
9.	Виробнича (службова) сфера не відіграє важливої ролі у житті	
10.	В минулому мало місце розлучення	
<i>II. Наявність актуальної конфліктної ситуації</i>		
11.	Наявне відчуття нереальності, очікування чогось неприємного в житті (ситуація невизначеності чекання)	
12.	Наявність конфлікту у любовних чи сімейних стосунках	
13.	Наявність тривалого службового конфлікту	
14.	Такий тривалий службовий конфлікт мав місце раніше	
15.	Наявність конфлікту, обтяженого неприємностями, в інших сферах життя	
16.	Суб'єктивні почуття нездоланності конфліктної ситуації	
17.	Почуття втоми, знесилення	
18.	Почуття образи, жалість до себе	
19.	Погрози здійснення суїциду	
<i>III. Характеристика особистості.</i>		
20.	Чи наявні часті та раптові зміни настрою? (Емоційна лабільність).	
21.	Рішення і дії відбуваються на основі раптових, таких, що несподівано виникають, думок (імпульсивність)	
22.	Емоційна залежність, необхідність близьких емоційних контактів (хочеться бути поряд і товаришувати тільки з емоційно близькими людьми)	

23.	Довірливість – виражена риса характеру	
24.	Скупість, невиразність емоцій, має місце нечутливість до конфліктів (емоційна в'язкість)	
25.	Хворобливе самолюбство, тяжке переживання будь-яких образ на свою адресу	
26.	Самостійність, відсутність залежності у прийнятті рішення.	
27.	Напруженість потреб (сильно виражене бажання досягти своєї мети, висока інтенсивність даної потреби).	
28.	Настирливість у досягненні своїх цілей (наполегливість)	
29.	Рішуче прийняття рішень і впевненість в успіхах (рішучість)	
30.	Вперта непоступливість у суперечках і справах (безкомпромісність)	
31.	Нездатність швидко звикати до ускладнень у житті (низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів)	

Після виявлення всіх параметрів, кожному з них приписується умовна “вага” відповідно до таблиці.

Характеристика наявності факторів	Номери чинників		
	8,9,11-31	5-7	1-4,10
Фактор відсутній	-0,5	-0,5	-0,5
Фактор слабо виражений	+0,5	+1,0	+1,5
Фактор присутній	+1,0	+2,0	+3,0
Наявності фактора не виявлено	0	0	0
Сума “ваги” всіх факторів			

Інтерпретація результатів

“0” – оцінюють чинники 7-10, у осіб, які не досягли середнього віку початку статевого життя і уклали шлюб до 21 року. Обчислюється алгебраїчна сума “ваги” всіх чинників. Якщо отримана величина менша, ніж 8,86 – ризик суїциду незначний.

Якщо ця величина коливається в межах від 8,86 до 15,48, то існує небезпека здійснення суїцидальної спроби. У разі, коли сума “ваги” перевищує 15,48, ризик суїциду досліджуваного дуже великий, а в разі наявності в анамнезі спроби самогубства, значний ризик її повторення.

Виявивши за допомогою “карти ризику” схильність до спроб самогубства, потрібно постійно “тримати” військовослужбовця в полі зору та швидко реагувати на найменші відхилення у його настрої і поведінці.

У випадках, коли сума “ваги” перевищує 20 (критичне значення) або поведінкові особливості починають посилено проявлятися, клієнт спрямовується на повне клініко-психологічне обстеження до лікаря-психіатра.

2.1.4. Методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду (І.О. Погодін)

Мета – виділення групи суїцидального ризику; супровід військовослужбовців та їх сімей з метою попередження суїциду.

Пропонована методика має на меті допомогти психологам, соціологам, лікарям у встановленні ступеня ризику скоєння суїциду військовослужбовцями, які опинились у важких життєвих ситуаціях, для підтвердження своїх висновків про осіб, які за своїми поведінковими та іншими ознаками знаходяться в умовах життєвої кризи або в пресуїцидальному стані [33].

Основу методики становить спеціальна карта, в яку включено 31 фактор ризику суїциду. Наявність і ступінь вираженості кожного з цих факторів необхідно встановити в обстежуваного індивіда. Збір інформації здійснюється такими традиційними в арсеналі психологів методами, як спостереження, індивідуальна бесіда, вивчення та аналіз документів. Краще пізнати людину допомагає узагальнення думок про нього від знайомих із ним людей, зіставлення результатів спостережень і висновків, зроблених із розмов з його оточенням.

Достовірність методики підвищується з розширенням джерел інформації та способів вивчення особистості.

Інструкція: на основі матеріалу, що передує вивченню особистості досліджуваного, а також за результатами вільної бесіди з ним постарайтеся відзначити наявність вираженості в нього перерахованих у карті факторів. При цьому, навпроти кожного фактора поставте її умовну “вагу” відповідно до таблиці. Так, наприклад, при наявності факторів 8, 9, 11-31 навпроти них ставиться “вага” +1; якщо вони слабо виражені +0,5; якщо не виявлено – 0; якщо фактор відсутній, ставиться -0,5. “Вага” чинників 5-7 оцінюється балами від -0,5 до +2, а чинників 1-4, 10 від -0,5 до +3.

Нулем оцінюються також характеристики чинників 7-10 у осіб, які не досягли середнього віку початку статевого життя (19 років) і вступу в шлюб (21 рік). Потім обчислюється сума “ваги” всіх факторів.

Якщо отримана величина менше, ніж 8,8, ризик суїциду незначний. Якщо ця величина коливається від 8,8 до 15,4, то існує небезпека здійснення суїцидальної спроби. У разі, коли сума “ваги” перевищує 15,4 – ризик суїциду досліджуваної особи великий, а в разі наявності в анамнезі спроби самогубства існує значний ризик її повторення. При наявності цифр, що перевищують критичні значення ризику суїциду, необхідно негайно звернутися до лікарів і провести клініко-психологічне обстеження.

Карта ризику суїцидальності

Досліджувані фактори:

1. Дані анамнезу.

1. Вік першої суїцидальної спроби (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 тепла в сім’ї в дитинстві або юнацтві.
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 (службова) сфера не відіграє важливої ролі в системі цінностей.
10. В анамнезі має місце розлучення.

II. Актуальна конфліктна ситуація.

11. Ситуація невизначеності, очікування.
12. Конфлікт у сфері 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 із загрозою суїциду.

III. Характеристика особистості.

20. Емоційна нестійкість.
21. Імпульсивність.
22. Емоційна залежність, необхідність близьких емоційних контактів.
23. Довірливість.
24. Скупість, невиразність емоцій, (емоційна в'язкість), нерухомість.
25. Хворобливе самолюбство.
26. Самостійність, відсутність залежності в прийнятті 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.

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

Характеристика наявності факторів	Номери факторів		
	8; 9; 11-31	5-7	1-4; 10
Відсутній (фактор)	-0,5	-0,5	-0,5
Слабо виражений	+0,5	+1,0	+1,5
Наявний	+1,0	+2,0	+3,0
Наявність не виявлено	0	0	0

2.1.5. Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale) (Patterson et al., 1983)

Для вимірювання суїцидального ризику пропонується контрольний перелік параметрів, який був розроблений Паттерсоном і ін.; його назва в перекладі звучить як “сумні люди” (англ. – SAD PERSONS – за першими літерами визначених параметрів).

Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983) [62; 19; 29], яка містить 10 пунктів, що характеризують фактори ризику суїциду й оцінюваних клініцистом як 0 (відсутній) або 1 (наявний).

Загальний бал від 0 до 2 свідчить про низький ризик суїциду та передбачає можливість амбулаторного спостереження за пацієнтом (клієнтом); загальний бал 3-4 свідчить про середній ризик суїциду та необхідність частих зустрічей клініциста з обстежуваним (1-3 рази на тиждень) у разі амбулаторного спостереження, або розглядати варіант можливості госпіталізації; бал 5-6 свідчить про високий ризик суїциду та передбачає госпіталізацію пацієнта (клієнта), якщо немає впевненості в якісному амбулаторному спостереженні; бал 7 і вище означає дуже високий ризик суїциду та потребує обов’язкової госпіталізації (в тому числі і примусової).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження ____ Вік _____ Стать чол./жін. (підкреслити)
Посада (підрозділ) _____ Спеціальність _____
Військове звання _____

Шкала оцінки ризику суїциду

Фактор		Значення
Sex	Стать	1 – чоловік; 0 – жінка
Age	Вік	1 – <19, 20 років або >45
Depression	Депресія	1 – якщо є
Previous attempt	Парасуїциди в анамнезі	1 – якщо є

Ethanol abuse	Зловживання алкоголем	1 – якщо є
Rational thinking loss	Порушення раціонального мислення (марення, галюцинації, фіксація на втраті, депресивні звуження сприйняття)	1 – шизофренія, розлад настрою, когнітивні порушення
Social support lacking	Недостатність соціальної підтримки (проживання в самотності, важкі порушені стосунки, не сприймаюче соціальне оточення)	1– якщо є, особливо при недавній втраті “значущого іншого”
Organized plan	Організований план суїциду	1 – якщо є, а обраний метод потенційно летальний
No spouse	Відчутність чоловіка (дружини)	1 – розлучений, вдівець, ізольований, проживає в самотності
Sickness	Хвороба	1 – якщо є, особливо хронічна, інвалідизуюча, важка

Загальний бал варіює від 0 (дуже низький ризик) до 10 (дуже високий ризик).

Інтерпретація результатів

Загальний бал	Передбачувана дія
0–2 низький ризик	Амбулаторне спостереження
3–4 середній ризик	Амбулаторне спостереження з частими зустрічами (1–3 рази на тиждень); денний стаціонар; розглянути можливість госпіталізації
5–6 високий ризик	Рекомендувати госпіталізацію, якщо немає впевненості в якісному амбулаторному спостереженні (психіатрична та соціальна служби, родичі)
7–10 дуже високий ризик	Госпіталізація (в т. ч. примусова)

0–2	Рівень I	Невисокий ступінь суїцидального ризику
3–4	Рівень II	Середній рівень суїцидального ризику – необхідна інтервенція та підтримка
5–6	Рівень III	Високий рівень суїцидального ризику – необхідна антисуїцидальна інтервенція
7–10	Рівень IV	Дуже високий рівень суїцидального ризику – потрібна невідкладна інтервенція

2.1.6. Шкала суїцидальних намірів (Suicide Intent Scale; SIS) (A.T. Beck et al., 1974)

Мета – оцінка ризику суїцидальної поведінки.

Враховання і оцінка: об'єктивних обставин, що мають відношення до суїцидальної спроби (вибір часу, перестороги проти розкриття, ступінь запланованості і т. д.); дані, отримані при самозвіті досліджуваного (пояснення мети спроби, ймовірність смерті; серйозність спроби, позиція стосовно життя/смерть, концепція медичного порятунку; ступінь готовності до здійснення і т. д.).

У 1990-х рр. у Пенсільванському університеті А. Бек і Г. Браун ініціювали розробку спеціального протоколу лікування, спрямованого на суїцидальну поведінку. Було введено поняття суїцидальної кризи, яка розглядалася як центральна й первинна проблема, а не просто як симптом психічного розладу. Безпорадність була визначена найважливішою мішенню в запобіганні смертельного наслідку.

Бек (A.T. Beck) є одним із найбільш відомих і визнаних авторитетів у сфері суїцидології. Розроблений ним тест дозволяє в балах оцінити ступінь суїцидальної інтенції, тобто вираженість, напруженість, і, в певному сенсі, істинність суїцидальних тенденцій у осіб, які вже здійснювали суїцидальну спробу. Чим вищий загальний бал суїцидальної інтенції при підсумовуванні за всіма 15 параметрами, що враховуються в тесті Бека, тим більш вірогідна реальність намірів людини покінчити життя самогубством.

Шкала суїцидальних намірів (Suicide Intent Scale; SIS, A.T. Beck et al., 1974), представляє собою опитувальник, який пред'являється у формі інтерв'ю та призначений для вимірювання серйозності намірів вчинити самогубство в пацієнтів, **які раніше здійснювали парасуїцид**. Він складається з 15 пунктів, що

відображають за шкалою від 0 до 2 вербальну та невербальну поведінку індивіда безпосередньо перед вчиненням останньої спроби суїциду, а також у процесі даного акту. Загальний бал коливається від 0 до 30. Перша частина опитувальника (1-8 пунктів) охоплює об'єктивні обставини, супутні парасуїциду, і включає пункти, які стосуються підготовчих заходів, способу парасуїциду, а також натяки індивіда, які могли допомогти оточуючим розпізнати його наміри. Друга частина опитувальника (9-15 пунктів) відображає уявлення респондента про летальність обраного методу піти з життя, очікування щодо можливості порятунку (втручання) ззовні, ступінь навмисності та задекларовану ним мету парасуїциду. Час заповнення опитувальника становить близько 10 хвилин. У різних дослідженнях факторний аналіз SIS виявив від 2 до 6 факторів у структурі опитувальника [58]. Розроблена версія шкали для самостійного заповнення респондентом – Опитувальник суїцидальних намірів (Suicide Intent Questionnaire; SIQ) (М.М. Linehan, 1982) [26; 64].

Військовослужбовці, які мають у анамнезі суїцидальну спробу і мають високий індекс суїцидальної інтенції за шкалою Бека, в першу чергу, повинні потрапляти в поле зору психіатра. Важливо пам'ятати, що при високому індексі суїцидальної інтенції істотно підвищується ризик повторної суїцидальної спроби. Тест складається з двох розділів: у першому розділі враховуються об'єктивні обставини, що мають відношення до суїцидальної спроби (1-8 пунктів), другий розділ включає в себе дані, отримані при самозвіті (9-15 пунктів) досліджуваного.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать чол./жін. (підкреслити)
Посада (підрозділ) _____ Спеціальність _____
Військове звання _____

1) Ізоляція:

0 - хтось присутній поруч;

1 - хтось поблизу або в межах візуального або голосового контакту;

2 - нікого немає поблизу або в межах візуального або голосового контакту.

2) Вибір часу:

- 0 - втручання можливо;
- 1 - втручання мало ймовірно;
- 2 - втручання дуже мало ймовірно.

3) Запобіжні заходи проти розкриття/втручання:

- 0 - немає;
- 1 - пасивна обережність, наприклад уникнення сторонніх, але відсутність запобіжних заходів проти їх втручання;
- 2 - активна обережність, наприклад, зачинені двері.

4) Дії, орієнтовані на отримання допомоги під час/після спроби:

- 0 - сповіщення потенційного помічника про спробу;
- 1 - контакт без спеціального сповіщення потенційного помічника про спробу;
- 2 - контакт або сповіщення потенційного помічника відсутнє.

5) Фінальні дії в очікуванні смерті (наприклад, заповіт, подарунки, страховка, інше):

- 0 - немає;
- 1 - думки про це або яку-небудь підготовку;
- 2 - робив певні плани або закінчену підготовку.

6) Активна підготовка до спроби:

- 0 - немає;
- 1 - мінімальна або помірна;
- 2 - розгорнута.

7) Передсмертні записки:

- 0 - немає;
- 1 - записка написана, але розірвана, або думки про це;
- 2 - наявність записки.

8) Відкрите повідомлення про намір перед спробою:

- 0 - немає;
- 1 - двозначне повідомлення;
- 2 - недвозначне повідомлення.

9) Приписувана мета спроби:

- 0 - маніпуляція оточенням, привертання уваги, помста;
- 1 - компоненти "0" і "2";
- 2 - втеча, вирішення проблем.

10) Очікувана фатальність:

- 0 - думки про небажаність смерті;

- 1 - думки, що смерть можлива, але не обов'язкова;
- 2 - думки, що смерть можлива і обов'язкова.

11) Розуміння летальності методу:

- 0 - зробив менше, ніж припускав, що буде летально;
- 1 - був невпевнений, що дії будуть летальними;
- 2 - виконав або перевищив те, що очікував, що буде летальним.

12) Серйозність спроби:

- 0 - не робив серйозної спроби покінчити з життям;
- 1 - невизначеність про серйозність рішення покінчити з життям;
- 2 - серйозно намагався покінчити з життям.

13) Ставлення до життя/смерті:

- 0 - не хотів помирати;
- 1 - компоненти "0" і "2";
- 2 - хотів померти.

14) Уявлення про можливості медичної допомоги:

- 0 - думки, що смерть буде малоймовірною при медичному втручанні;
- 1 - був невпевнений, чи може смерть бути попереджена при медичному втручанні;
- 2 - був впевнений у смерті навіть при медичному втручанні.

15) Ступінь навмисності:

- 0 - немає, імпульсивна;
- 1 - обмірковування менше 3 годин перед спробою;
- 2 - обмірковування більше 3 годин перед спробою.

2.1.7. Шкала суїцидальних інтенцій Пірса (Pierce Suicide Intent Scale) (D.W. Pierce, 1977)

Заповнюється після суїцидальної спроби.

Регістраційний бланк

П.І.Б. суїцидента _____
 П.І.Б. (фахівця, який здійснює оцінку) _____
 Дата _____

Обставини		
1.Ізоляція	0	Хто-небудь був присутній поруч
	1	Хто-небудь був недалеко або телефоний контакт

	2	Нікого поруч
2. Розрахунок часу	0	Можливо чиєсь втручання
	1	Втручання малоїмовірне
	2	Втручання фактично неможливе
3. Заходи проти порятунку	0	Не робив
	1	Пасивні (один в кімнаті, двері не закриті)
	2	Активні заходи
4. Дії по залученню допомоги	0	Повідомив кого-небудь про спробу
	1	Вступив у контакт з ким-небудь, не повідомляючи про спробу
	2	Нікому не повідомив і не контактував
5. Попередні "останні дії"	0	Не здійснював
	1	Часткові приготування
	2	Певні плани (заповіт, подарунки, страховка)
6. Суїцидальна записка	0	Немає
	1	Написана та розірвана
	2	Написана та є в наявності
Самозвіт		
7. Летальність	0	Вважав, що дії не призведуть до смерті
	1	Не був упевнений у летальність дії
	2	Був упевнений, що дія смертельна
8. Декларовані наміри	0	Не хотів померти
	1	Не впевнений
	2	Хотів померти
9. Підготовка	0	Дія імпульсивна
	1	Обмірковував менше 1 години
	2	Обмірковував менше 1 дня
10. Реакція на вчинену дію	0	Радий, що залишився живий
	1	Невизначена або подвійна реакція
	2	Шкодує, що залишився живий
Медичний ризик		
11. Прогнозований результат	0	Безперечно вижив би
	1	Смерть малоїмовірна
	2	Смерть ймовірна або визначена
12. Ймовірність смерті при відсутності медичного втручання	0	Ймовірність відсутня
	1	Невизначено
	2	Висока ймовірність смерті

Пункти (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = “сума балів підшкали обставин”.

Пункти (7 + 8 + 9 + 10) = “сума балів підшкали самозвіту”.

Пункти (11 + 12) = “сума балів підшкали медичного ризику”.

Загальна сума балів:

0-3 = Низький рівень інтенцій;

4-10 = Середній рівень інтенцій;

Більше 10 = Високий рівень інтенцій.

Шкала розроблена як додатковий метод оцінки, не замінює клінічної оцінки ризику експертом [19].

2.1.8. Шкала для оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI) (A. Beck et al., 1979)

Класичною та найбільш поширеною шкалою оцінки суїцидального ризику в дорослих є шкала для оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI) (A. Beck et al., 1979) [63; 49].

Шкала представлена в форматі напівструктурованого інтерв'ю, яке складається з 21 пункту, 19 з яких містять висловлювання, які оцінюються респондентом від 0 до 2 балів. Сума всіх балів (максимум 38) визначає ризик суїциду на момент інтерв'ю: чим більший бал, тим вищий ризик. Два додаткових пункта фіксують випадки попередніх спроб суїциду та їх кількість. Шкала дозволяє оцінити три складових суїцидального мислення: *активне суїцидальне бажання, пасивне суїцидальне бажання та підготовчі дії*. Клінічно значущим “порогом” суїцидального ризику в дослідженнях на дорослих прийнято вважати 6 балів і більше [72]. Час заповнення шкали становить близько 10 хвилин. SSI стандартизована як для осіб, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, так і для амбулаторних пацієнтів; вона апробована в мережі закладів первинної ланки системи медичної допомоги, у відділеннях невідкладної допомоги, в реабілітаційних програмах і в приватній практиці.

В інших дослідженнях шкала SSI дозволила достовірно віддиференціювати суїцидальних пацієнтів, госпіталізованих у стаціонар, від депресивних пацієнтів, які спостерігаються

амбулаторно [49], а також осіб, які вчинили парасуїцид, від осіб, які не мають подібного епізоду в анамнезі [76]. Крім того, загальний бал SSI проявив значущу позитивну кореляцію з інтенсивністю суїцидального мислення, яке щодня моніторить сам індивід [52]. Предикторна валідність SSI щодо закінченого суїциду встановлена для пацієнтів, які звертаються за допомогою в мережі амбулаторних закладів психіатричного профілю [67; 73]. Зокрема, пацієнти що належали до вищої категорії ризику суїциду, згідно з отриманими балами (загальний бал SSI більше 2), мали приблизно в 7 разів більшу ймовірність померти внаслідок самогубства, ніж інші пацієнти [67].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік ___ Стать чол./жін. (підкреслити)
Посада (підрозділ) _____ Спеціальність _____
Військове звання _____

Оціночні показники:

I. Ставлення до життя/смерті:

1. Бажання жити.
2. Бажання померти.
3. Аргументи на користь життя/смерті.
4. Бажання здійснити активну суїцидальну спробу.
5. Пасивна суїцидальна спроба.

II. Характеристики суїцидальної ідеаторної активності:

6. Тривалість думок.
7. Частота.
8. Ставлення до суїцидальних думок/бажань.
9. Контроль над суїцидальною поведінкою.
10. Стримуючі чинники.
11. Причини можливої суїцидальної спроби.

III. Характеристики можливої суїцидальної спроби:

12. Метод: ступінь продуманості.
13. Ступінь доступності методу і наявність можливості для здійснення суїциду.
14. Суб'єктивне відчуття здатності до здійснення суїциду.
15. Очікування/передбачення суїцидальної спроби.

IV. Реалізація можливого суїциду:

16. Реальна підготовка.
17. Передсмертна записка.
18. Суб'єктивне відчуття здатності до здійснення суїциду.
19. Очікування/передбачення суїцидальної спроби.

V. Передумови для здійснення суїциду:

20. Наявність суїцидальних спроб у минулому.
21. Бажання померти після останньої суїцидальної спроби.

Текст опитувальника:

I. Ставлення до життя/смерті

1. Бажання жити:

0. від помірного до сильного;
1. слабке;
2. відсутнє.

2. Бажання померти:

0. відсутнє;
1. слабке;
2. від помірного до сильного.

3. Доводи на користь життя/смерті:

0. доводів на користь життя більше, ніж на користь смерті;
1. приблизно однакові;
2. доводів на користь смерті більше, ніж на користь життя.

4. Бажання зробити активну суїцидальну спробу:

0. відсутнє;
1. слабке;
2. від помірного до сильного.

5. Пасивна суїцидальна спроба:

0. вжив би запобіжні заходи, щоб залишитися в живих;
1. покластися на волю випадку (наприклад, вийшов би на проїжджу частину на жвавій вулиці);
2. не зробив би нічого для того, щоб залишитися в живих (наприклад, припинення прийому інсуліну діабетиком).

II. Характеристики суїцидальної ідеаторної активності

6. Тривалість думок:

0. скороминущі;
1. досить тривалі;
2. невідступні;

7. Частота:

- 0. виникають дуже рідко;
- 1. то виникають, то зникають;
- 2. не відпускають;

8. Ставлення до суїцидальних думок/бажань:

- 0. негативне;
- 1. амбівалентне, індиферентне;
- 2. згода.

9. Контроль над суїцидальною поведінкою:

- 0. упевнений, що може протистояти суїцидальним думкам/бажанням;
- 2. не впевнений в цьому;
- 3. не контролює себе.

10. Стримуючі фактори (сім'я, релігійні переконання; можлива інвалідизація в разі безуспішної спроби; незворотність вчинку):

- 0. не вчинить самогубства в силу стримуючих факторів (вказати яких);
- 1. бере до уваги стримуючі фактори;
- 2. не думає про стримуючі фактори.

11. Причини можливої суїцидальної спроби:

- 0. маніпулювати оточуючими, привернути до себе увагу, помститися комусь;
- 1. поєднання "0" і "2";
- 2. покласти край стражданням, разом вирішити всі проблеми.

III. Характеристики можливої суїцидальної спроби

12. Метод (ступінь продуманості):

- 0. не обміркований;
- 1. обміркований в загальному вигляді
- 2. детально опрацьований.

13. Ступінь доступності методу та наявність можливості для здійснення суїциду:

- 0. недоступний у принципі (можливість відсутня);
- 1. для підготовки потрібен час (на даний момент можливість відсутня);
- 2. метод доступний, можливість є.

14. Суб'єктивно відчувається здатність до скоєння суїциду:

- 0. вважає, що йому не вистачить сміливості або що в нього не вийде накласти на себе руки;

1. не впевнений у тому, що йому вистачить сміливості або що в нього вийде накласти на себе руки;
2. впевнений у власній сміливості та компетентності.

15. Очікування/можливість суїцидальної спроби:

0. ні;
1. слабке (під сумнівом);
2. є.

IV. Реалізація можливого суїциду

16. Реальна підготовка:

0. ні;
1. часткова (наприклад, почав запасатися таблетками);
2. завершена (має достатній запас таблеток, заряджений пістолет тощо).

17. Передсмертна записка:

0. ні;
1. тільки почав складати (тільки обмірковує);
2. написана.

18. Останні дії та вказівки (оформлення заповіту, страховки на близьких, подарунки друзям і родичам тощо):

0. ні;
1. думає про це (зробив деякі вказівки);
2. зробив всі необхідні вказівки.

19. Приховування суїцидальних намірів:

0. висловлює їх відкрито;
1. не говорить про них;
2. приховує їх.

V. Передумови для здійснення суїциду

20. Наявність суїцидальних спроб у минулому:

0. ні;
1. одна;
2. кілька.

21. Бажання померти після останньої суїцидальної спроби:

0. слабке;
1. амбівалентні почуття;
2. сильне.

Обробка результатів

Шкала представлена в форматі напівструктурованого інтерв'ю, складається з 21 пункту, 19 з яких містять

висловлювання, що оцінюються респондентом від 0 до 2 балів. Сума всіх балів (максимум 38) визначає ризик суїциду на момент інтерв'ю: чим більший бал, тим вищий ризик. Два додаткових пункти фіксують випадки попередніх спроб суїциду та їх кількість.

Клінічно значущим “порогом” суїцидального ризику в дослідженнях на дорослих прийнято вважати 6 балів і більше.

Додатково

Існують також і інші модифіковані шкали для оцінки суїцидального мислення, наприклад, ***Модифікована шкала для оцінки суїцидального мислення у гіршому стані (Scale for Suicide Ideation - Worst; SSI-W)***, коли клієнт знаходиться в гіршому стані.

Модифікована шкала для оцінки суїцидального мислення у гіршому стані (Scale for Suicide Ideation - Worst; SSI-W) [48] дозволяє оцінити ті ж фактори ризику суїциду, але за період часу, коли індивід був найбільш схильний (мав найбільш сильне бажання) вчинити суїцид.

У проспективному дослідженні А.Т. Веєк із співавт. (1999), проведеному на вибірці пацієнтів зі встановленим психіатричним діагнозом, показано, що особи, які набрали більшу кількість балів за шкалою SSI-W (загальний бал більше 14), мали в 14 разів більший ризик здійснення суїциду, ніж інші.

Далі ***Шкала SSI-M / MSSI (L. Miller et al., 1986)***. Шкала SSI-M/MSSI (L. Miller et al., 1986) [74] являє собою напівструктуроване інтерв'ю – як для професіоналів, так і для парапрофесіоналів, і містить 18 пунктів, з яких 13 взяті з оригінальної версії шкали, а 5 є новими й оцінюють інтенсивність суїцидального мислення, рішучість і компетентність щодо здійснення суїциду, розмови і записи про смерть. Кожен пункт оцінюється за весь попередній інтерв'ю рік за шкалою від 0 до 3 балів (максимальний бал 54). Дана модифікація продемонструвала більш високі показники надійності та валідності.

Також розроблена ***self-report версія шкали (самозвіт) - SSI-SR (A. Beck et al. 1988)*** [47]. Для самооцінки аналогічних параметрів респондентом у письмовій або комп'ютеризованій формі. У дослідженні А. Веєк зі співавторами відзначено, що комп'ютеризована версія self-reported шкали має достовірно більш високий загальний бал у порівнянні з оцінкою, проведеною

клініцистом, що підтверджує тезу про те, що найчастіше пацієнтові легше викласти правдиві думки комп'ютеру, ніж лікарю.

Ще одна модифікована шкала – **Шкала для оцінки суїцидального мислення Бека (The Beck Scale for Suicide Ideation; BSSI (A.T. Beck & RA Steer, 1991))** [51] являє собою аналог SSI, призначений для заповнення самим пацієнтом (клієнтом) і не вимагає проведення інтерв'ю клініцистом. Аналіз параметрів шкали [62] в осіб, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, дозволив виявити три діменсії оцінюваної суїцидальності: “бажання померти” (5 пунктів), “підготовка до суїциду” (7 пунктів), “актуальне суїцидальне бажання” (4 пункти). BSSI має високий ступінь внутрішньої узгодженості (альфа-коефіцієнт Кронбаха від 0,87 до 0,97 [50; 51; 60]. Загальний бал BSSI виявив високу кореляцію з балами SSI ($r = 0,90$ для осіб, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, $0,94$ для амбулаторних пацієнтів).

Шкала вивірності суїциду (The Suicide Probability Scale; SPS) (J.G. Cull & W.S. Gill, 1988) [55] представляє самозвіт, що містить 36 пунктів, які дозволяють оцінити поточне суїцидальне мислення, почуття безнадії, негативну самооцінку та ворожість індивіда, які відповідатимуть чотирьом однойменним субшкалам. Респонденти дають оцінку кожного пункту від 1 (“ніколи, дуже рідко”) до 4 балів (“більшу частину часу”), при цьому підраховуються три сумарних бали: бал ймовірності суїциду (Suicide Probability Score), загальний зважений бал (total weighted score) і нормалізований T-бал (normalized T-score). Час заповнення шкали становить близько 10 хвилин. Шкала стандартизована на вибірках підлітків і дорослих – як загальних популяцій, так і пацієнтів психіатричних клінік. Факторний аналіз дозволив виявити 6-ти факторну структуру опитувальника: “суїцидальне мислення” (6 пунктів), “безнадійність” (12 пунктів), “позитивний погляд на світ” (positive outlook) (6 пунктів), “близькість у міжособистісних стосунках” (3 пункти), “ворожість” (7 пунктів), “зловна імпульсивність” (2 пункти). Дана структура була неодноразово відтворена в дослідженнях на різних клінічних вибірках [55]. Шкала має високу внутрішню узгодженість (Cronbachalpha = 0,93) та високу test-retest надійність за період у 3 тижні ($r = 0,92$). SPS дозволяє віддиференціювати здорових осіб, пацієнтів психіатричних стаціонарів і осіб, які вчинили парасуїциди [55]. Загальний бал SPS і бали окремих його субшкал позитивно

корелювали з вираженістю таких субшкал Міннесотського багатопрофільного особистісного опитувальника (Minnesota Multiphasis Personality Inventory; MMPI) (С. Хетуей і Дж. Маккінлі, 1941), як депресія ($r_s = 0,44-0,73$), психопатичне відхилення ($r_s = 0,48-0,63$), паранойя ($r_s = 0,47-0,61$), шизофренія ($r_s = 0,56-0,68$) [55]. Загальний бал шкали проявив помірну кореляцію ($r_s = 0,67-0,71$) з балом шкали небезпеки суїциду (Suicide Threat Scale; STS), розробленої для MMPI [57]. Імовірність суїциду за результатами SPS також корелювала з ірраціональними переконаннями респондента [53]. Загальний бал SPS виявився достовірно асоційованим з балами таких психометричних інструментів, як шкала рішення соціальних проблем (Social Problem Solving Scale; SPSS), шкала безнадійності Бека (BHS), опитувальник депресії Бека (BDI) [70]. Шкала проявила високу чутливість до змін суїцидальності в динаміці в рандомізованому клінічному випробуванні на вибірці амбулаторних пацієнтів служби психіатричної допомоги, які мають високий ризик суїциду [56].

Що стосується предикторної валідності даного опитувальника, то на сьогоднішній день є мало робіт, які досліджували цей аспект [58].

Опитувальник позитивного та негативного суїцидального мислення (The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory; PANSI) (A. Osman et al., 1998) [75] складається з 20 пунктів, які дозволяють кількісно виміряти інтенсивність позитивних і негативних думок індивіда, що стосуються суїциду. Оцінка відповідних думок здійснюється респондентом за період останніх двох тижнів за допомогою 5-пунктової шкали Likert від 1 бала (“ніколи”) до 5 балів (“більшу частину часу”). Опитувальник складається з 2-х шкал – “Позитивне мислення” та “Негативне мислення”, його заповнення займає близько 5 хвилин. PANSI стандартизований на вибірці студентів коледжу, середній вік яких склав 20 років [75]. Факторний аналіз виділив у структурі опитувальника два фактори [75]. Коефіцієнт Кронбаха показав високий ступінь внутрішньої узгодженості шкали (coefficient $\alpha = 0,80-0,93$). Загальний бал шкали позитивного мислення помірно й негативно корелював з балами шкали вирогідності суїциду (SPS) ($r = - 0,47$) і окремих субшкал опитувальника суїцидальної поведінки (Suicide Behaviors Questionnaire, SBQ) (r від $- 0,21$ до $- 0,45$). Загальний бал шкали негативного мислення з цими ж

інструментами (загальним сумарним балом) виявив помірну позитивну кореляцію (відповідно, для SBS $r = 0,59$ і для SBQ $r = 0,39-0,61$) [75].

Оціночний лист суїциду (Suicide Assessment - (Suicide Assessment Checklist; SAC)) (A. Rogers et al., 2002) [72] містить 21 пункт, що заповнюється клініцистом. Експертом оцінюються попередні суїцидальні спроби індивіда, наявні фактори ризику чергового можливого суїциду, поточні суїцидальні думки та плани пацієнта (клієнта), а також “захисні” фактори. Загальний бал може становити від 11 до 108. Для шкали підтверджена внутрішня узгодженість (коефіцієнт $\alpha = 0,88$) і 4-тижнева тест-ретест кореляція. Валідність шкали підтверджується тим, що в дослідженні Т.Р. Sokero зі співавторами [72] пацієнти, госпіталізовані примусово, мали більшу кількість балів за SAC, ніж госпіталізовані добровільно, а ті, в свою чергу, мали більше балів, ніж ті, які виписалися додому. Крім того, загальний бал SAC позитивно й достовірно корелював з вираженістю симптомів депресії. Опитувальник розроблений, головним чином, для волонтерів служби кризової допомоги.

Форма суїцидального статусу (Suicide status form; SSF) (D.A. Jobes et al., 1997) [46]. Ця шкала включає 6 пунктів, які оцінюються як респондентом, так і клініцистом за 5-бальною шкалою: психологічний біль, зовнішній тиск (стресори), хвилювання (емоційна пригніченість), відчуття безнадійності, низька самооцінка; додатково оцінюється загальний ризик суїциду. Тест розроблений для рутинного пред’явлення будь-яким пацієнтам, які мали суїцидальні думки, почуття або відповідну поведінку в минулому, та потребує всього 5-10 хвилин для заповнення. Оскільки в даному опитувальнику не передбачено додавання балів, він має відносно низьку надійність, у порівнянні з іншими шкалами, а також показав низьку тест-ретест кореляцію за період у 2 тижні (кореляція від 0,35 (відчуття безнадійності) до 0,69 (психологічний біль)), з цієї причини шкала рідко використовується в наукових дослідженнях. Проте, SSF показала високу валідність: суїцидальні студенти мали більше балів за даною шкалою в порівнянні з групою контролю. Загальні бали пунктів SSF проявили позитивну кореляцію з вираженим почуттям безнадії та негативну кореляцію з балами шкали причин до життя (пункт ризик суїциду) (Reasons for Living Scale; RLS), ($r = -0,42$). Важливою перевагою

SFF є той факт, що опитувальник заповнюється як клієнтом (пацієнтом), так і клініцистом, що дозволяє порівняти оцінки та аналізувати наявні розбіжності. С.L. Eddins і D.A. Jobes у своєму дослідженні продемонстрували високий рівень збігу між балами, зазначеними респондентом і клініцистом. Крім того, в дослідженнях на суїцидальних студентах показана висока чутливість SFF до змін стану респондентів у процесі лікування, що робить його хорошим інструментом для оцінки динаміки змін у процесі терапії.

Опитувальник суїцидальної поведінки (Suicide Behavioral Questionnaire; SBQ) (М.М. Linehan 1981) та його модифікована версія Suicidal Behaviors Questionnaire Revised; SBQ-14) (М.М. Linehan, 1996) [65] передбачають заповнення респондентом до 34 пунктів, залежно від наявності або відсутності суїцидальної поведінки в минулому, сьогоденні або очікуваному майбутньому. SBQ-14 вимірює такі поведінкові домени: суїцидальна поведінка в минулому, суїцидальні думки про майбутнє, загрози суїциду в минулому, припустимі спроби суїциду в майбутньому та ймовірність смерті від суїциду в майбутньому. Кожен із пунктів ранжується респондентом кількісно за різні часові періоди: в останні кілька днів (включаючи поточний день), за останній місяць, за останні 4 місяці, за останній рік і протягом усього життя. Дев'ять додаткових розділів оцінюють ступінь вираженості суїцидальної поведінки протягом усього життя, поточний план суїциду, доступність методу самогубства, соціальні фактори, які утримують від суїциду, ставлення до суїцидальної поведінки та толерантність до стресу. Під час підрахунку загального сумарного балу використовуються 10 із 14 пунктів. Факторний аналіз виявив єдину дименсію опитувальника SBQ-14 [45]. Опитувальник продемонстрував високий ступінь внутрішньої узгодженості (коефіцієнт α для SBQ-14 від 0,73 до 0,92) [45]. Чотири з 5 субшкал SBQ-14 позитивно корелювали з балами шкали суїцидального мислення (SSI) і інтерв'ю суїцидального копінгу (Suicide Coping Interview; SCI) ($r_s = 0,36-0,51$). Загальний бал шкали також позитивно корелює з балами шкали суїцидального мислення (SSI) ($r_s = 0,55-0,62$), опитувальника депресії Бека (BDI) та шкали безнадійності Бека (BHS), і негативно корелює ($r = -0,46$) з балами опитувальника причин до життя (RLI). У 1988 році опитувальник був трансформований у 4 короткі питання, відповідь на які займає

всього 5 хвилин, однак для наукових досліджень і застосування в практиці охорони здоров'я рекомендується використовувати повну версію опитувальника SBQ-14 з 34 питаннями для більш детального розуміння стану респондента [58].

Шкала суїцидального мислення (Suicide Ideation Scale; SIS) (M.D. Rudd, 1989) [68] складається з 10 пунктів, які оцінюються респондентом за останній рік від 1 балу (“ніколи”) до 5 балів (“практично завжди”).

Загальний бал коливається від 10 до 50. Як і інші шкали, опитувальник показав високий рівень внутрішньої узгодженості (Cronbach alpha = 0,86); крім того, загальний бал SIS помірно корелює з балами шкали депресії (Depression scale, Center for Epidemiologic Studies) ($r = 0,55$) та шкали безнадійності Бека (BHS) ($r = 0,49$). Студенти, які вчинили спробу суїциду, налічували більшу кількість балів за шкалою SIS, ніж студенти, які не мали подібних епізодів у анамнезі [68].

Скринінговий опитувальник суїцидального мислення (The Suicidal Ideation Screening Questionnaire; SIS-Q) (L. Cooper-Patrick et al., 1994) [54] складається з чотирьох питань, пропорованих клініцистом, які оцінюють порушення сну, розлади настрою, почуття провини та безнадійності протягом останнього року. Дані питання отримані з інших опитувальників (Diagnostic Interview Schedule) за допомогою покрокової логістичної регресії на підставі сили асоціації кожного з пунктів із суїцидальною поведінкою та мисленням. SIS-Q дозволив коректно ідентифікувати 84% пацієнтів загальномедичної практики, які відзначали суїцидальне мислення протягом останнього року.

2.1.9. Шкала суїцидальності Пейкеля (Paykel Suicide Items; PSI) (E.S. Paykel et al., 1974)

Шкала суїцидальності Пейкеля (Paykel Suicide Items; PSI) (E.S. Paykel et al., 1974) [71] відноситься до коротких скринінгових шкал, що дозволяють оцінити ризик суїциду. Вона включає в себе всього п'ять питань, що задаються в процесі інтерв'ю зі зростаючим ступенем “суїцидального” змісту:

1. Чи відчували Ви коли-небудь, що життя не варте того, щоб жити?

2. Бажали Ви коли-небудь померти, – наприклад, заснути та не прокинутися?

3. Чи думали Ви коли-небудь про те, щоб позбавити себе життя, навіть якщо ніколи б не зробили цього?

4. Досягали Ви коли-небудь такої точки, коли Ви серйозно розглядали можливість позбавити себе життя, або складали плани, яким чином зробити це?

5. Чи робили Ви коли-небудь спробу позбавити себе життя?

Дані питання можуть застосовуватися для оцінки суїцидальності за різні часові періоди – за останній тиждень, місяць, рік або все життя. На кожне питання респондент відповідає “так” або “ні”.

Незважаючи на те, що спочатку опитувальник не планувався до використання в якості шкали, у дослідженні W.V. Meneese і V.A. Yutrzenka [66] підраховувалися бали від 1 до 5 (1 бал за кожен позитивну відповідь). Суб'єкти, які виявили за результатами опитувальника суїцидальні почуття протягом останнього року, мали більшу кількість психіатричних симптомів, частіше перебували в соціальній ізоляції, пред'являли більше соматичних скарг і мали більшу кількість негативних подій у житті протягом останнього року в порівнянні з групою контролю. Крім того, такі респонденти частіше госпіталізувалися у зв'язку з емоційними проблемами в психіатричний стаціонар і частіше брали транквілізатори протягом минулого року [71].

Додатково

Рейтингова шкала Гамільтона для депресії (пункт суїцидальності) (Hamilton Rating Scale for Depression, Suicide Item; HRSD) (M. Hamilton, 1960) [59] широко використовується для вимірювання вираженості симптомів депресії.

Пункт суїцидальності (суїцидальні наміри) оцінюється кількісно від 0 до 4 балів:

0 – відсутні,

1 – присутні думки про безглуздість життя або про можливість позбавити себе життя;

2 – бажання померти чи думки про можливість власної смерті;

3 – суїцидальні плани або їхні дії (суїцидальні вислови або жести);

4 – спроби суїциду.

Бали HRSD високо корелювали з балами інших опитувальників, які оцінюють ризик суїциду: опитувальник суїцидального мислення для дорослих (Adult Suicide Ideation Questionnaire; ASIQ) (WMReynolds, 1991), шкала суїцидального мислення (SSI), опитувальник депресії Бека (BDI). У дослідженні, яке вивчало предикторну валідність HRSD, показано, що пацієнти, в яких налічувалося 2 і більше балів за даною шкалою, мали в 4,9 разів (95% ДІ: 2,7-9,0) більшу ймовірність вчинити суїцид, ніж інші пацієнти.

Опитувальник депресії Бека (пункт суїцидальності) (Beck Depression Inventory, Suicide Item; BDI).

Обидві версії шкали – Beck Depression Inventory (BDI) (A. Beck et al., 1988) і Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (A. Beck et al., 1996) представляють собою опитувальники, які складаються з 21 пункту та оцінюються самим респондентом за 4-х бальною шкалою: 1 бал (“у мене немає думок вбити себе”), 2 бали (“у мене є такі думки, але я б не зміг їх здійснити”), 3 бали (“я б хотів вбити себе”) і 4 бали (“я б убив себе, якби мав можливість”). Пункт суїцидальності BDI показав помірну кореляцію ($r = 0,56-0,58$) з балами шкали суїцидального мислення Бека (BSSI). У проспективному дослідженні предикторної валідності даного пункту BDI для оцінки ризику суїциду, проведеному на вибірці пацієнтів в амбулаторній психіатричній службі, показано, що пацієнти, в яких налічувалося 2 бали й більше, мали в 6,9 рази більшу ймовірність скоєння суїциду (95% ДІ: 3,7 -12,6) порівняно з іншими пацієнтами.

Опитувальник симптомів безнадійності та депресії (Hopelessness Depression Symptom Questionnaire, HDSQ) (G. Metalsky & T. Joiner, 1997).

Даний опитувальник містить 32 пункти, які дозволяють оцінити вираженість симптомів безнадійності та депресії від 0 до 3 балів і має 8 субшкал: недостатність мотивації, залежність від міжособистісних відносин, психомоторна загальмованість, енергія, апатія/ангедонія, безсоння, труднощі, пов’язані з концентрацією уваги, та суїцидальність. Шкала продемонструвала високі значення внутрішньої узгодженості (для субшкали суїцидальності коефіцієнт $\alpha = 0,86-0,01$, для інших субшкал коефіцієнт $\alpha = 0,70-0,86$), що говорить про її добру надійність. Крім того, HDSQ має високу валідність. Так, факторний аналіз допоміг визначити 8 факторів, які

виявили високу відповідність симптомів безнадійності та депресії ($r = 0,986$).

Серед інших шкал, що дозволяють оцінити суїцидальність “в комплексі” із симптомами депресії, можна навести **опитувальник симптомів депресії (Субшкала суїцидальності (Depression Symptom Inventory; DSI-SS)) (Т. Joiner et al., 2002)**. Шкала складається з 4-х пунктів, кожен із яких дозволяє оцінити частоту та інтенсивність суїцидальних думок і імпульсивних дій за останні 2 тижні від 0 до 3-х балів; таким чином, загальний бал коливається від 0 до 12. “Порогом” суїцидального ризику прийнято вважати 3 бали.

Даний опитувальник оцінюється як ідеальний інструмент для визначення ризику суїциду серед амбулаторних пацієнтів.

2.1.10. Шкала суїцидального ризику (Г.В. Старшенбаум)

Оцінка суїцидального ризику здійснюється за допомогою прямих запитань про наявність та вираженість суїцидальних тенденцій. Береться до уваги наявність попередніх криз, їх зв’язок із травмуючими ситуаціями, віковими кризами або хронічною недостатністю навичок адаптації, відмінність поточної кризи від минулих [34].

Реєстраційний бланк

ФАКТОРИ	БАЛИ
І Постійні фактори ризику	
1. Жінка 15-30 років	1
2. Чоловік 20-35 років	1
3. Обтяжена спадковість	1
4. Дисфункціональна первинна сім’я	1
5. Неправильний тип сприйняття	1
6. Одна суїцидна спроба більше року назад	3
7. Повторні суїцидні спроби в анамнезі	4
8. Суїцидна спроба в поточному році	5
Оцінка постійних факторів ризику – А (сума балів по пунктах 1–8)	

II Змінні фактори ризику	
9. Фрустрація домінуючої потреби	1
10. Поєднання сфер конфлікту	1
11. Нерозв'язність кризи	1
12. Тривалість суїцидних тенденцій 1-2 місяці	1
13. Нестерпність фрустрації	1
14. Імпульсивність	1
15. Ригідність афекту	1
16. Категоричність мислення	1
17. Симбіотичні тенденції	1
18. Однобокість системи цінностей	1
Оцінка змінних факторів ризику – Б (сума балів по пунктах 9–18)	
III Антисуїцидальні фактори	
19. Гедоністичні тенденції	1
20. Творчі плани	1
21. Надія на покращання ситуації	1
22. Турбота про близьких	1
23. Почуття обов'язку	1
24. Страх осуду суїциду	1
25. Страх болю, шкоди для здоров'я	1
26. Емоційна прихильність до значущого іншого	1
27. Наявність джерел підтримки	1
28. Конструктивна лікувальна установка	1
Оцінка антисуїцидальних факторів – В (сума балів по пунктах 19–28)	

Загальна оцінка ризику суїцидальної спроби (СР) вираховується за формулою:

$$СР = (А + Б) - В$$

Інтерпретація результатів

Низьким вважається суїцидальний ризик до 10 балів, середнім – від 10 до 15 балів, високим – понад 15 балів.

2.2. Використання методу психодіагностичної бесіди в отриманні додаткової інформації для психологічного висновку та подальшої корекції суїцидальної поведінки військовослужбовців

У процесі психодіагностичної бесіди формується більш повне уявлення про особистість суїцидента, його потреби, інтереси та цінності, уточнюються відомості про близьких.

На *першому етапі* встановлюється емоційний контакт із суїцидентом, налагоджуються стосунки “співчутливого партнерства”, які характеризуються високим ступенем довіри.

На *другому етапі* встановлюється послідовність подій, унаслідок яких склалася кризова ситуація, з’ясовується, що вплинуло на душевний стан, знімається відчуття безвихідності ситуації.

Третім етапом є спільне планування діяльності з подолання кризової ситуації.

На *четвертому етапі* досягається остаточне ухвалення рішення, надається активна психологічна підтримка, спрямована на формування в індивіда впевненості в своїх силах і можливостях [29].

Бесіду слід розглядати і як засіб зниження занепокоєння, хаосу в думках. Суїцидальне спілкування (тобто згадки про суїцидальні думки, про плани здійснення самогубства) може сильно відрізнятись за інтенсивністю як протягом дня, так і в довгостроковій перспективі. За допомогою діалогу можна відвернути людину від думок про самогубство, дати їй певний напрямок для пошуку альтернативних шляхів вирішення конфліктів. Спочатку інші рішення, які запропоновані психологом, можуть відкинути, але в подальшому до них можуть повернутися, прийняти та використати. Бесіда та спілкування зменшують розгубленість, занепокоєння, паніку. Для діалогу із суїцидальним пацієнтом потрібен чуйний співрозмовник – людина, яка не загострює в нього почуття провини й сорому, не ображає його та готова до надання практичної допомоги, наприклад, зателефонувати в шпиталь або підтримати чимось, що виявилось поза сферою уваги в період хаосу. Такі співрозмовники здатні перервати душевний параліч, який суїцидальні люди можуть відчувати навіть перед незначними труднощами. Таким чином, за

допомогою діалогу та практичної підтримки можна розширити “тунельну” свідомість суїцидальної людини та позбавити її від звуження когнітивних можливостей.

Приблизні питання бесіди для оцінки ризику суїциду.

1. Чи було в тебе почуття пригніченості останнім часом?
2. Чи бували в тебе думки про те, що життя безнадійне? Чи виникало бажання померти?
3. Якщо так, то скільки разів? Як часто відвідували тебе ці думки? Як довго вони тривали, коли останній раз?
4. Чи намагався ти вбити себе? Як ти це робив?
5. Чому спроба не вдалася? Тобі надали допомогу? Хто? У чому саме вона полягала?
6. Що сталося з тобою після цього?
7. Як ти збираєшся зробити наступну спробу самогубства?
8. Ти маєш намір зробити це прямо зараз? Міг би ти сказати мені про це? Як часто виникають ці думки? Як довго вони тривають?
9. Чи відбувалося в житті щось таке, що підштовхувало тебе до рішучих дій?
10. Чи є в тебе план? Який?
11. Як би ти зробив це? Які твої наміри?

Питання на визначення емоційного стану. Чим сильніше відчуття безнадійності, тим вищий ризик.

12. Чи є в тебе які-небудь надії на майбутнє? На наступний тиждень? Наступний рік?
13. Що ти думаєш про майбутнє? Чи є який-небудь вихід із цього становища?
14. Хто міг би надати тобі підтримку? Чи звертався ти до психолога? Це допомогло?

Питання на визначення моделі суїцидальної поведінки.

15. Хто-небудь у вашій родині говорив про самогубство? Робив спроби? Здійснював самогубство?
16. Хто-небудь із твоїх друзів говорив колись про суїцид? Намагався це зробити? Здійснював самогубство?

З метою профілактики самогубств серед військовослужбовців психологам і заступникам командирів з МПЗ, керівникам служб і підрозділів при вивченні кандидатів на військову службу (їх

особових справ, у індивідуальних бесідах і т. п.) потрібно звертати увагу на такі “чинники суїцидального ризику”:

I. Біографічні чинники.

- 1.1. Спроби самогубства у родичів.
- 1.2. Смерть або розлучення батьків.
- 1.3. Недоліки у вихованні (гіпо- або гіперопіка, жорстоке поводження).
- 1.4. Відсутність виражених пізнавальних і професійних інтересів.
- 1.5. Провідні цінності, пов’язані з любовними стосунками.
- 1.6. Початок статевого життя до досягнення 16 років.
- 1.7. Відсутність ясних життєвих планів або навпаки, наявність нереалістичного однозначного (за принципом “все або нічого”) уявлення про кар’єру.
- 1.8. Віктимність стосовно нещасних випадків (у минулому були переломи, опіки, травми голови і т. п.).
- 1.9. На тілі є татуювання, сліди самопорізів, схильність до саморуйнівної поведінки (багато палить, вживав психотропні засоби, здійснював ризиковані вчинки).
- 1.10. Змінював місця навчання або роботи без істотної причини, погано відгукується про них.

II. Особливості особистості.

- 2.1. Емоційно чутливий, уразливий, образливий.
- 2.2. Є виражені вегетативні ознаки нервозності (тремор кінцівок, заїкання, “грудка в горлі”, тахікардія, сильне потовиділення, почервоніння, збліднення і т. п.).
- 2.3. Ригідність афекту “застрягання” на певних надзначущих почуттях, думках (нездатність до “витіснення” неприємних переживань), почуття вини.
- 2.4. Імпульсивність поведінки (легко гнівається, кричить).
- 2.5. Хворобливе самолюбство, високий рівень домагань.
- 2.6. Явні труднощі у встановленні контакту з людьми.
- 2.7. Тривожність, невпевненість у собі, залежність від інших.
- 2.8. Вузькість інтересів, світогляду, фаталізм.
- 2.9. Знижений у порівнянні з однолітками або збочений статевий потяг.
- 2.10. Безкомпромісність у конфліктних ситуаціях (упертий, наполягає на своєму там, де потрібна гнучкість).

III. Особливості актуальної ситуації.

- 3.1. Конфлікт за місцем служби.

- 3.2. Конфлікт у сфері особистих стосунків.
- 3.3. Комбінована конфліктна ситуація, що торкається одночасно всіх значущих сфер життєдіяльності.
- 3.4. Ситуація “невизначеності”, неможливість впливати на розвиток подій, тенденції до погіршення ситуації, її оцінка як “безвихідної”.
- 3.5. Складна ситуація існує більше 3-х місяців.
- 3.6. Аналогічна ситуація вже була в минулому й не мала позитивного виходу.
- 3.7. Суб’єкт перевтомлений, виснажений наднормативним навантаженням, не має можливості відпочити та відновити свої сили.
- 3.8. Суб’єкт ослаблений хворобою.
- 3.9. Становище суб’єкта обтяжено важкими побутовими умовами, поганим харчуванням, відсутністю грошей і т. п.
- 3.10. У суб’єкта відмічаються порушення сну, апетиту, зниження ваги, скарги на стан здоров’я.
- 3.11. Спостерігається зниження активності, втрата інтересів, зміни характеру (наприклад, став замкненим).
- 3.12. Збільшення тютюнопаління, алкоголізації.
- 3.13. Відсутність довірених осіб, з якими суб’єкт міг би “поділитися” своїми труднощами.
- 3.14. Зміни в манері висловлюватися (щось не договориює, говорить незрозуміло, натяками).
- 3.15. Висловлює скарги на втому, нерозуміння і т. п.
- 3.16. Відмічаються передсуїцидальні висловлювання (“... от коли я помру”) та дії (наводить порядок у своїх справах, прощається з людьми або пам’ятними місцями, дарує іншим потрібні йому речі тощо).
- 3.17. Мають місце висловлювання про безглуздість подальшого життя, прямі погрози самогубства, приготування до самогубства.

Суїцидальний ризик вважається значним, якщо мають місце більше 16 з 37 наведених вище чинників, реальним – за наявності 5 ознак, що завершають даний перелік.

2.2.1. Метод психодіагностичної бесіди (О.А. Кучер, В.П. Костюкевич)

Мета – виявити ознаки нервово-психічної нестійкості та умови, що сприяють її розвитку [32].

№з/п	Перелік ознак нервово-психічної нестійкості та умов, які сприяють її розвитку	“+” або “-”
1.	Виховувався без батьків.	
2.	Помер один із батьків.	
3.	Батьки розлученні.	
4.	Близькі родичі або батьки страждають (страждали) психічними захворюваннями.	
5.	Батьки або близькі родичі мали судимість.	
6.	Неприятне ставлення до батьків.	
7.	Надмірно суворе виховання.	
8.	Надто м’яке (“тепличне”) виховання.	
9.	Бездоглядність в дитинстві.	
10.	Втечі з дому.	
11.	Батько (мати) зловживав (ла) спиртними напоями.	
12.	Батько (мати) лікувався (лась) від алкоголізму.	
13.	Важкі житлово-побутові умови.	
14.	Дуже низька успішність у школі.	
15.	Значні порушення дисципліни в навчальному закладі.	
16.	Замкнутість, боязнь виступів перед аудиторією.	
17.	Значні й часті конфлікти з товаришами.	
18.	Порушення дисципліни.	
19.	Значні й часті конфлікти з товаришами по службі.	
20.	Низька працездатність, швидке настання втоми.	
21.	Систематичне вживання алкоголю.	
22.	Ознаки алкоголізму.	
23.	Ранній початок вживання алкоголю (у 13 – 15 років).	
24.	Ранній початок куріння (у 13 – 15 років).	
25.	Вживання наркотиків.	
26.	Численні конфлікти в родині, навчальному закладі, на виробництві і т. п.	
27.	Підвищена дратівливість, запальність.	
28.	Агресивність.	
29.	Надмірні депресивні реакції.	
Егоїстична спрямованість інтересів		
30.	Концентрація інтересів у сфері відпочинку та розваг.	
31.	Асоціальна спрямованість особистості.	

Надцінні ідеї		
32.	Відсутність певних цілей у житті, яка обумовлена низьким загальним розвитком.	
33.	Негативне ставлення до військової служби та вимог військової дисципліни.	
34.	Нетовариськість, замкнутість.	
35.	Сором'язливість, боязкість, нерішучість.	
36.	Надмірна товариськість, депресивні реакції на самоті.	
37.	Відчуження від колективу через загальний розвиток.	
38.	Постійне бажання бути в центрі уваги оточуючих.	
39.	Підозрілість, злобність, помисливість до товаришів.	
40.	Відчуття несправедливого ставлення з боку оточуючих, образливість, мстивість.	
Надмірно виражені явища адаптаційного періоду		
41.	Численні скарги на стан здоров'я.	
42.	Були важкі травми голови із втратою свідомості.	
43.	Підвищена стомлюваність.	
44.	Розлади сну (тривале засинання, поверхневий сон, часті пробудження вночі, страхітливі сновидіння).	
45.	Відчуття втоми й млявості вранці.	
46.	Сонливість удень.	
47.	Нетерплячість, непосидючість, метушливість.	
48.	Дратівливість, запальність.	
49.	Головні болі.	
50.	Головокруття, запаморочення.	
51.	Непритомність, втрата свідомості.	
52.	Судомні напади.	
53.	Перенесені інфекції нервової системи.	
54.	Переважно поганий настрій без будь-яких причин.	
55.	Переважно піднесений настрій без будь-яких причин	
56.	Періодичні зміни настрою без будь-яких причин.	
57.	Плаксивість.	
58.	Часті відчуття "грудки" в горлі.	
59.	Труднощі із зосередженням уваги.	
60.	Погана пам'ять.	
61.	Нав'язливості.	
62.	Страхи.	

63.	Часті сумніви в правильності виконаних дій (Чи закрив двері, вимкнув світло ...).	
64.	Лунатизм (нічне ходіння).	
65.	Енурез (нічне нетримання сечі).	
66.	Ранній початок статевого життя.	
67.	Безладні, випадкові й багаточисленні статеві зв'язки.	
68.	Підвищений інтерес до сексуальних питань.	
69.	Надмірна фіксація уваги на питанні про вірність (дружини, співмешканки, подруги).	
70.	Відомості про статеві збочення.	
71.	Відсутність елементарних знань.	
72.	Нерозуміння суті явищ.	
73.	Малий запас слів.	
74.	Примітивність суджень.	
75.	Дуже низька успішність у навчальному закладі.	
76.	Розв'язна поведінка.	
77.	Вороже ставлення до того, хто проводить бесіду.	
78.	Замкнутість.	
79.	Нерішучість, боязкість.	
80.	Втомлений, пригнічений вигляд у обстежуваного.	
81.	Нетерплячість, метушливість.	
82.	Заїкання.	
83.	Тік, тремтіння, судомне посмикування м'язів.	
84.	Недоліки артикуляції (недорікуватість, нерозбірливість мови, шепелявість).	
85.	Невправність, незграбність рухів.	

Загальна кількість фактів фіксації (“+”).

В ході аналізу збираються відомості за результатами бесіди з обстежуваним, при цьому наявність ознаки відзначається у відповідній графі знаком “+”. При обробці результатів підраховується загальна кількість “+” у графі номера відповідного конкретного респондента. Якщо загальна сума фактів фіксації ознак нервово-психічної нестійкості (знаків “+”) перевищує 45 од. – даний респондент вимагає особливого контролю та уваги при подальшому спостереженні та вивченні документів із метою виявлення в нього ознак нервово-психічної нестійкості. Якщо

загальна сума фактів фіксації ознак нервово-психічної нестійкості (знаків “+”) понад 60 од., даний військовослужбовець явно має ознаки нервово-психічної нестійкості та заноситься в списки для подальшого поглибленого обстеження психологом. Якщо загальна сума фактів фіксації ознак нервово-психічної нестійкості (знаків “+”) перевищує 75 од., дану особу слід негайно відправити на обстеження до невропатолога (психіатра).

Примітка: якщо в обстежуваного в останні 2-3 роки були черепно-мозкові травми із втратою свідомості, то він одночасно належить до категорії осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості, при цьому бесіда триває для виявлення додаткових ознак, які впливають на особливості прояву нервово-психічної нестійкості в даної людини.

2.2.2. Схема розпізнавання в процесі діагностичної бесіди особистісного стилю суїцидента

Стиль	Ознаки прояву
Імпульсивний	Раптове прийняття драматичних рішень при виникненні проблем і стресових ситуацій, труднощі в словесному вираженні емоційних переживань
Компульсивний	Установка в усьому досягати досконалості й успіху часто буває занадто ригідна та при співвіднесенні цілей і бажань із реальною життєвою ситуацією може призвести до суїциду
Ризикуючий	Балансування на межі небезпеки (“гра зі смертю”) є привабливим і викликає приємне збудження
Регресивний	Зниження з різних причин ефективності механізмів психологічної адаптації, емоційна сфера характеризується недостатньою зрілістю, інфантильністю або примітивністю
Залежний	Безпорадність, безнадійність, пасивність, необхідність і постійний пошук сторонньої підтримки

Амбівалентний	Наявність одночасного впливу двох спонукань – до життя і до смерті
Заперечуючий	Переважає магічне мислення, в силу чого заперечується кінцевість самогубства та його незворотні наслідки, заперечення знижує контроль над вольовими спонуканнями, що посилює ризик
Гнівний	Утруднюється висловити гнів щодо значущих осіб, що змушує відчувати незадоволеність собою
Звинувачуючий	Перекоаний у тому, що в проблемах, які виникають, неодмінно є чиясь або власна вина
Втікаючий	Втеча від кризової ситуації шляхом самогубства, прагнення уникнути психотравмуючої ситуації
Байдужий	Притуплення емоційних переживань
Покинутий	Переживання порожнечі навколо, смутку або глибокої скорботи
Творчий	Сприйняття самогубства як нового й привабливого способу виходу з нерозв'язної ситуації

У проведенні психодіагностичної бесіди можуть використовуватися різні засоби, від скринінг-тесту до схеми спостереження та обстеження.

2.2.3. Рекомендації з проведення бесіди з потенційним суїцидентом (за Е. Гроллманом)

Підбирайте ключі до розгадки суїциду.

Шукайте ознаки можливої небезпеки: суїцидальні погрози, що передують спробі самогубства, депресії, значні зміни поведінки або особистості людини, а також приготування до останнього волевиявлення. Вловіть прояви безпорадності, безнадійності та визначте, чи людина не почуває себе самотньою та ізольованою. Чим більше буде людей, які усвідомлюють ці застереження, тим вищі шанси на зникнення самогубства з переліку основних причин смерті.

Прийміть суїцидента як особистість.

Припустіть можливість, що людина дійсно є суїцидальною особистістю. Не думайте, що вона не здатна й не зможе зважитися па самогубство. Не дозволяйте іншим вводити Вас в оману щодо несерйозності конкретної суїцидальної ситуації. Небезпека, що Ви розгубитеся, перебільшивши потенційну загрозу, – ніщо порівняно з тим, що хтось може загинути через Ваше невтручання.

Встановіть турботливі взаємовідносини.

Їх слід висловлювати не лише словами, а й невербальною емпатією; в цих обставинах доречні не моралізування, а підтримка. Замість того, щоб страждати від самоосуду й інших переживань, тривожна особистість повинна намагатися зрозуміти свої почуття. Для людини, яка відчуває, що вона не потрібна, що її не люблять, турбота та участь чуйного співбесідника є потужними підбадьорливими засобами. Саме таким чином Ви найкраще проникнете в ізольовану душу зневіреної людини.

Будьте уважним слухачем.

Суїциденти особливо страждають від сильного почуття відчуження. В силу цього вони бувають не налаштовані прийняти Ваші поради. Набагато більше вони потребують обговорення свого болю, фрустрації й того, про що говорять: “У мене немає нічого такого, заради чого варто було б жити”. Якщо людина страждає від депресії, то їй потрібно більше говорити самій, ніж розмовляти з кимось. Пам’ятайте, що цій людині важко зосередитися на чомусь, крім своєї безвихідності. Ви можете надати неоціненну допомогу, вислухавши слова, що відображають почуття цієї людини: будь то печаль, провина, страх чи гнів. Незважаючи на те, що основні передвісники самогубства часто завуальовані, тим не менш, вони можуть бути розпізнані сприйнятливим слухачем.

Не сперечайтесь.

Стикаючись із суїцидальною загрозою, друзі й родичі часто відповідають: “Подумай, адже ти живеш набагато краще за інших людей, тобі слід було б дякувати долі”. Ця відповідь відразу блокує подальше обговорення; такі зауваження викликають у нещасної і без того людини ще більшу пригніченість. Бажаючи допомогти таким чином, близькі сприяють зворотному ефекту. Можна зустріти часто й інше знайоме зауваження: “Ти розумієш, які нещастя й ганьбу ти накличеш на свою сім’ю?” Але, можливо, за цим зауваженням приховується саме та думка, яку бажає здійснити

суїцидент. Ні в якому разі не проявляйте агресію, якщо Ви присутні при розмові про самогубство, і постарайтеся не висловлювати потрясіння від того, що почули. Включаючись у дискусію з пригніченою людиною, Ви можете не тільки програти суперечку, але й втратити її саму.

Задавайте питання.

Якщо Ви задасте такі непрямі питання, як: “Я сподіваюся, що ти не замислюєш самогубство?”, то в них закладена відповідь, яку Ви хотіли б почути. Якщо близька людина відповість: “Ні”, то Вам, швидше за все, не вдасться допомогти в розв’язанні суїцидальної кризи.

Кращий спосіб втрутитися в кризу – це дбайливо поставити пряме запитання: “Ти думаєш про самогубство?”. Воно не призведе до подібної думки, якщо в людини її не було; навпаки, коли людина думає про самогубство, то, нарешті, знаходить когось, кому небайдужі її переживання, хто згоден обговорити цю заборонену тему. Після цього людина часто відчуває полегшення, їй надається можливість зрозуміти свої почуття та досягти катарсиса. Потрібно спокійно й дохідливо запитати про тривожну ситуацію, наприклад: “Відколи Ви вважаєте своє життя настільки безнадійним?”, “Як Ви думаєте, чому у Вас з’явилися ці почуття?”, “Чи є у Вас конкретні міркування про те, яким чином накласти на себе руки?”, “Якщо Ви раніше думали про самогубство, то що Вас зупиняло?”. Щоб допомогти суїциденту розібратися в своїх думках, можна іноді перефразувати, повторити найбільш істотні його відповіді: “Іншими словами, Ви говорите ...”. Ваша згода вислухати та обговорити те, чим хочуть поділитися з Вами, буде великим полегшенням для зневіреної людини, яка відчуває страх, що Ви її засудите, й готова до того, щоб покінчити життя самогубством.

Не пропонуйте невиправданих утіх.

Причина, якій суїцидент присвячує всі свої думки, полягає в бажанні викликати занепокоєння його ситуацією. Якщо Ви не виявите зацікавленості, то депресивна людина може розцінити Ваше судження типу: “Ви насправді так не думаєте” – як прояв відкидання та недовіри. Суїцидальні люди з презирством ставляться до зауважень типу: “Нічого, нічого, у всіх є такі ж проблеми, як у тебе” – і іншим аналогічним кліше, оскільки вони різко контрастують з їхніми муками. Ці висновки лише

мінімізують, принижують їх почуття та примушують відчувати себе ще більш непотрібними й некорисними.

Запропонуйте конструктивні підходи.

Замість того щоб говорити суїциденту: “Подумай, якого болю принесе твоя смерть близьким”, попросіть подумати про альтернативні рішення, які, можливо, ще не приходили йому в голову. Необхідно допомогти визначити джерело психічного дискомфорту. Найбільш придатними питаннями для стимуляції дискусії можуть бути: “Що з Вами трапилося за останній час?”, “Коли Ви відчули себе гірше?”, “Що сталося у Вашому житті з тих пір, як виникли ці зміни?”, “До кого з оточуючих вони мали відношення?”. Потенційного самогубця слід підштовхнути до того, щоб він ідентифікував проблему та якомога точніше визначив, що її посилює. Має сенс також сказати: “Ви все-таки схвильовані. Може, якщо Ви поділитися своїми проблемами зі мною, я докладу зусиль зрозуміти Вас”.

Якщо кризова ситуація й емоції виражені, то далі йде з’ясування, як людина вирішувала подібні ситуації в минулому. Це називається “оцінкою засобів, наявних для вирішення проблеми”. Вона включає вислуховування опису попереднього досвіду в аналогічній ситуації. Для ініціювання можна задати питання: “Чи не було у Вас раніше подібних переживань?”. Існує унікальна можливість спільно розкрити способи, якими людина справлялася з кризою в минулому. Вони можуть бути корисні для вирішення і теперішнього конфлікту. Постарайтеся з’ясувати, що все ж таки залишається позитивно значущим для людини, що Вона ще цінує. Відмітьте ознаки емоційного пожвавлення, коли мова зайде про “найкращі” часи в житті, особливо слідкуйте за її очима. Що з того, що має для неї значущість, досягне? Хто ті люди, які продовжують її хвилювати? І тепер, коли життєва ситуація проаналізована, чи не виникло яких-небудь альтернатив? Чи не з’явився промінь надії?

Вселяйте надію.

Надія допомагає людині вийти з поглинаючих думок про самогубство. Надія виникає не з відірваних від реальності фантазій, а з існуючої здатності бажати та досягати. Коли люди повністю втрачають надію на гідне майбутнє, вони потребують підтримуючої поради, пропозиції якоїсь альтернативи. “Як Ви могли б змінити ситуацію?”, “Якому втручанню ззовні Ви могли б протистояти?”, “До кого Ви могли б звернутися за допомогою?”. Підстава для

реалістичної надії повинна бути представлена чесно, переконливо й м'яко. Дуже важливо, якщо Ви зміцните сили й можливості людини, запевните її, що кризові проблеми зазвичай минуці, а самогубство – безповоротне.

Оцініть ступінь ризику самогубства.

Постарайтеся визначити серйозність можливого самогубства. Адже наміри можуть відрізнятись, починаючи з швидкоплинних, розпливчастих думок про таку “можливість ” і закінчуючи розробленим планом суїциду шляхом отруєння, стрибка з висоти, використання вогнепальної зброї або мотузки. Дуже важливо виявити й інші чинники, – такі, як алкоголізм, вживання наркотиків, ступінь емоційних порушень і дезорганізації поведінки, відчуття безнадійності та безпорадності.

Незаперечним фактом є те, що чим більше розроблений метод самогубства, тим вищий його потенційний ризик. Дуже мало сумнівів у серйозності ситуації залишається, наприклад, якщо депресивна людина, не приховуючи, дарує комусь свій улюблений телефон, з яким вона ні за що б не розпрощалась. У цьому випадку ліки, зброю або ножі слід прибрати подалі.

Не залишайте людину одну в ситуації високого суїцидального ризику.

Залишайтеся з нею якомога довше або попросіть кого-небудь побути з нею, поки не вирішиться криза чи не надійде допомога. Можливо, доведеться зателефонувати до пункту швидкої допомоги або звернутися в поліклініку. Для того, щоб показати людині, що оточуючі піклуються про неї, та створити відчуття життєвої перспективи, Ви можете укласти з нею так званий суїцидальний контракт – попросити пообіцяти зв'язатися з Вами перед тим, як вона зважиться на суїцидальні дії в майбутньому, для того, щоб Ви ще раз змогли обговорити можливі альтернативи поведінки. Як це не дивно, така угода може виявитися досить ефективною.

Зверніться за допомогою до фахівців.

Суїциденти мають звужене поле зору, своєрідну тунельну свідомість. Їх розум не в змозі відновити повну картину того, як слід вирішувати нестерпні проблеми. Перше прохання часто полягає в тому, щоб їм була надана допомога. Іноді єдиною альтернативою допомоги суїциденту, якщо ситуація виявляється безнадійною, стає госпіталізація в психіатричну лікарню.

Зволікання може бути небезпечним, госпіталізація ж може принести полегшення як хворому, так і сім'ї.

Важливість збереження турботи і підтримки.

Якщо критична ситуація минула, то фахівці або сім'ї ні в якому разі не можуть дозволити собі розслабитися. Найгірше може не бути позаду. За поліпшення часто приймають підвищення психічної активності хворого. Буває так, що напередодні самогубства депресивні люди кидаються у вир діяльності. Вони просять вибачення у всіх, кого скривдили. Побачивши це, Ви полегшено зітхаєте та послабляєте пильність. Але ці вчинки можуть свідчити про рішення розрахуватися з усіма боргами та зобов'язаннями, після чого можна накласти на себе руки. І дійсно, половина суїцидентів здійснює самогубство не пізніше, ніж через три місяці після початку психологічної кризи.

З текстом бесіди можна ознайомитися в навчальному посібнику Караяні О.Г. та Сиромятнікова І. В. [12].

2.2.4. Скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки (Л.С. Юрьєва)

Мета – виявлення суїцидальної поведінки [13].

Діагностичні показники: поточні думки про суїцид, плани або ставлення пацієнта до суїциду, попередні епізоди суїцидальних думок, альтернативи суїциду.

Термін “скринінг” походить від англійського “screen”, що означає “відбирати” або “сортувати”.

Скринінгові питання	Так	Ні
Можна розпочати із з'ясування точки зору респондента на своє життя, задоволеність, яку він отримує від нього:		
1. Чи відчуваєте Ви, що у Вас є майбутнє?		
2. Чи буває у Вас таке відчуття, ніби життя не варте того, щоб за нього триматися?		
3. Чи траплялося Вам коли-небудь переживати абсолютно безпросвітний відчай і безнадію?		
4. Чи не буває у Вас відчуття, що краще б померти та залишити все це?		

Якщо відповідь “життя не варте того, щоб його продовжувати”, слід запитати:		
5. У Вас коли-небудь виникали думки покінчити з життям?		
6. Чи були у Вас у минулому думки про вчинення суїциду?		
7. Чи здійснювали Ви в минулому суїцидальну спробу?		

При позитивних відповідях слід продовжити запитання для оцінки суїцидального ризику:

- поточні думки про суїцид;
- плани або ставлення клієнта до суїциду;
- попередні епізоди суїцидальних думок.

Альтернативи суїциду, або якими шляхами клієнт уникав суїциду (відхід від небезпечної ситуації, звернення до іншого за допомогою тощо). Більшість клієнтів відповідає на такі питання чесно, але особливо треба бути обережним із тими, хто ухиляється від відповіді. Якщо нічого конкретного в суїцидальному плані не було виявлено, то можна запитати: “Багато людей мають суїцидальні думки. Як Ви вирішили, що не змогли б вчинити самогубство?”. “Ви планували, що саме повинні зробити?”. Якщо мова йде про передозування лікарськими препаратами, то питання доцільно сформулювати конкретніше, наприклад:

“Чи не намагалися Ви накопичувати таблетки? Що Вас утримало? Чи зроблені Вами будь-які розпорядження на випадок смерті? Ви мали намір довести це до кінця?”.

2.2.5. Бланк-карта соціально-психологічного висновку суїцидального випадку Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України

БЛАНК-КАРТА

соціально-психологічного висновку щодо суїцидальної події

№з/п	Загальний зміст	Деталізація	Опис	Примітки
Блок А. Опис ситуації (констатуюча частина).				
<i>А.1. Об’єктивна інформація щодо суїцидента</i>				

A.1.1.	Демографічні дані	Прізвище, ім'я, по-батькові, дата та місце народження суїцидента (повний вік).		
A.1.2.	Віросповідання	Ставлення до релігії, конфесії.		
A.1.3.	Військово - професійні дані	Військова професія, звання, посада у військовому підрозділі, проходить військову службу за контрактом/строкова військова служба. Терміни виконання службових обов'язків в районі антитерористичної операції (ООС). Обов'язково вказати наявність нагород, подання на нагородження (якщо не реалізовано, то чому)		
A.1.4.	Родинні дані	Сімейний стан (батьки, дружина, діти, найближчі родичі). Наявність вітчима, мачухи, зведених братів та сестер. Якщо в родині тільки один з батьків - з ким він проживає.		
A.1.5.	Друзі, співслужбовці	Найближче оточення у військовому підрозділі (прізвище, ім'я, по батькові, вік, історія стосунків – друзі, побратими тощо).		

A.1.6.	Соціальна ситуація розвитку	<p>Особливості життя у батьківській родині: повна/неповна, брати/сестри (багатодітна родина), наявність хронічних хвороб, психічних захворювань у родині, батьки або брати/сестри-інваліди, матеріальне/соціальне благополуччя (неблагополуччя), наявність у родині випадків завершеного/незавершеного суїциду, наявність фактів зміни місця проживання, тривалий час проживання родини за кордоном або одного з батьків (виїзд на працевлаштування (заробітки); освіта: середня/вища, фах, професія; попередня професійна діяльність: місце роботи, посада, стаж роботи, як часто змінював місце роботи; особливості життя у власній родині: стосунки із дружиною, дітьми, родичами дружини, наявність матеріальних, соціальних негараздів, розлучень, хвороби та інше).</p>		
<i>A.2. Опис обставин суїцидальної події.</i>				
A.2.1.	Хронологія подій	Місце, час, дата суїцидальної події, погодні умови.		

A.2.2.	Обставини виявлення суїцидальної події:	За даними безпосередніх свідків (прізвище, ім'я, по батькові, військове звання) хто виявив суїцидента, що відбувалось на місці події безпосередньо перед та після виявлення.		
	Оточення	З ким суїцидент бачився або спілкувався останнім. Наявність між ними відносин “начальник (командир) – підлеглий”, рівень міжособистісних відносин.		
	Спосіб вчинення самогубства	Повішення, отруєння, використання вогнепальної зброї, падіння з висоти, нанесення порізів, ножових поранень, утоплення (фізичне розміщення тіла суїцидента).		
	Наявність передсмертного повідомлення	Лист, записка, телефонне повідомлення, повідомлення через мережу інтернет та інше, його зміст.		
A.2.3.	Опис фізичного стану тіла суїцидента	Результати первинного огляду – хто проводив, що виявив, документ, яким зафіксовано; висновок судово-медичної експертизи – хто проводив, попередній висновок щодо причин смерті, реквізити документа: дата, номер, прізвище експерта/-ів.		

		Якщо спроба суїциду не закінчилася фатально – хто, коли і як супроводжував потерпілого до медичного закладу, навіть при умові, що не були нанесені тілесні ушкодження.		
3. Опис ситуації, що передувала суїцидальній події у військовому підрозділі.				
A.3.1.	Характеристики поведінки суїцидента	Протягом останніх п'яти діб та за 3-5 годин до суїцидальної події (зміни настрою, висловлювання щодо ставлення до життя/смерті, зміни у поведінці, події у родині та у військовому підрозділі: за результатами спостереження найближчого оточення (прізвище, ім'я, по батькові, не менше двох-трьох осіб); за результатами спостереження керівництва підрозділу (безпосередній командир та його заступник).		
A.3.2.	Інші обставини та факти	Наявність хвороби перед суїцидом. Фінансове становище. Наявність та результати телефонних переговорів (листування, бесіди). З ким, у який час доби, настрій після цього.		

<i>A.4. Інформація щодо психологічного обстеження суїцидента.</i>				
A.4.1.	Дані про проходження обстеження психологічного стану суїцидента	Дата проведення обстеження, мета/методика/форма проведення обстеження, висновки щодо результатів обстеження, рекомендації щодо подальшого проходження служби та організації індивідуальної роботи, прізвище, військове звання експерта. Професійна освіта того, хто проводив обстеження, його досвід, відсутність взаємозв'язків підпорядкованості у військовому підрозділі, рівень допуску до інформації про суїцидента.		
A.4.2.	Інформація про проведення заходів психологічної підтримки за участі суїцидента	Дата проведення, характер/мета/форма проведення, прізвище, військове звання організатора заходів, їх зміст.		
<i>A.5. Інформація щодо дій безпосереднього керівництва військового підрозділу щодо підтримки сприятливого морально-психологічного клімату у підрозділі та профілактики суїцидів.</i>				
A.5.1.	Управлінські рішення командування	Рішення, які приймалися керівництвом підрозділу щодо профілактики самогубств, та заходи, що проведено з особовим складом, володіння інформацією про реальний стан справ у підрозділі, наявність комунікації у		

		вертикалі між командирами відділень, командирами взводів, заступниками командира роти, командира роти та вище, інформація про проведені заходи (дата проведення, форма проведення, учасники заходу, хто проводив, прізвище, військове звання).		
		Наявність рішення керівництва щодо вилучення (переведення) виявлених осіб із військового підрозділу.		
Блок Б. Попередній висновок (підтвердження закінченої суїцидальної спроби).				
<i>Б.1. Підтвердження факту суїцидальної події</i>				
Б.1.1.	Суїцидальна подія	Є підтвердженням/не підтвердженням фактом самогубства.		
<i>Б.2. Попередні причини/характер скоєного суїцидального</i>				
Б.2.1.	Суїцидальна дія вчинена у стані афекту	Реакція на несприятливі, загрозливі, стресові обставини життєдіяльності, які мали ситуативний характер.		
Б.2.2.	Суїцидальна дія має спланований характер	Події передували: вчинки, які свідчили про підготовку до здійснення суїцидальної спроби (роздавання речей, підбиття підсумків життя, усамітнення, або, навпаки, надмірне бажання бути корисним, нав'язлива присутність, пошук нового сенсу буття), висловлювання, що характеризували готовність до припинення		

		життя, песимістичні настрої щодо неможливості продовжувати життєвий шлях та бажання його припинити тощо.		
Б.2.3.	Спосіб вчинення самогубства	Повішання, отруєння, використання вогнепальної зброї, падіння з висоти, нанесення порізів, ножових поранень, утоплення тощо.		
Б.2.4.	Виявлені та фактично підтвержені індивідуально-психологічні причини суїциду.	Відсутність/втрата поняття сім'ї; відсутність/втрата поняття дім/житло; відсутність/втрата поняття улюблена справа; відсутність/втрата звичних цінностей, звичок, хобі). Причини втрат – поранення, хвороба, розлучення, наявність травм, зовнішнє каліцтво (щелепно-лицеві поранення, опіки, ампутації, шрами тощо).		
Б.2.5.	Документи	Підтвердження факту суїциду (реквізити документа)		
Блок В. Висновки та рекомендації.				
<i>В. 1. Інформація щодо проведення у військовому підрозділі заходів профілактики суїцидів.</i>				
В.1.1.	Документи	Документальні дані про проведені заходи психологічного забезпечення, індивідуально-виховної роботи.		
В.1.2.		Документально підтвержені управлінські заходи.		

<i>В.2. Висновки щодо причин, що призвели до завершенної суїцидальної події.</i>
<i>В.3. Рекомендації керівництву військового підрозділу щодо профілактики суїциду.</i>
<i>В.4. Рекомендації керівництву військової частини для прийняття ними управлінських рішень.</i>

Дата складання висновку. Прізвище, ім'я, по батькові, військове звання того, хто склав висновок [7].

2.2.6. Психологічний висновок за фактом закінченого суїциду військовослужбовця (приблизна схема)

Фахівцям необхідно знати, як складається висновок, якщо суїцид завершений. Психологічна інформація у висновок дається фахівцем, який проводив будь-які форми роботи з військовослужбовцем [28].

Мета службового розслідування самогубства:

- визначити причини й умови, а також обставини, що вплинули на скоєння суїциду;
- оцінити організацію та стан профілактичної роботи, взаємодію начальників і керівників по роботі з особовим складом із психологами та медичними працівниками;
- надати практичну допомогу заступникам командирів з морально-психологічного забезпечення в організації профілактики самогубств серед особового складу.

Порядок розслідування самогубств серед військовослужбовців Розслідування самогубства починається з моменту встановлення факту його скоєння. Командирами підписується наказ про створення комісії з розслідування причин й обставин надзвичайної події, до складу якої повинні входити: заступник командира з МПЗ, психолог, лікар-психіатр. Головою комісії призначається заступник командира з МПЗ.

Комісія розробляє та затверджує план проведення службового розслідування. Члени комісії діють суворо в межах власної професійної компетенції, організовують власну роботу на принципах поваги прав та свобод особистості, правової захищеності військовослужбовця.

Після прибуття в підрозділ комісія вивчає причини, умови й обставини самогубства, перевіряє матеріали досудового слідства, визначає відповідність класифікації загибелі обставинам, що передували суїциду, встановлюють взаємодію з органами прокуратури.

Члени комісії мають право запитувати та отримувати документи та матеріали, що мають значення для вивчення надзвичайної події, яка розслідується.

Основні напрямки службового розслідування.

Вивчення службових документів:

- особова справа військовослужбовця, який загинув;
- службова характеристика;
- медична картка;
- висновок лікаря, який обслуговує даний підрозділ;
- документи, що відображають стан роботи з військовослужбовцями підрозділу щодо профілактики самогубств;
- пояснювальні записки осіб, які причетні до цієї події;
- довідка про стан соціально-психологічної обстановки у колективі;
- матеріали та висновки фахівців оперативно-слідчої групи;
- результати судово-медичної експертизи за фактом смерті;
- картка психологічного супроводу військовослужбовця;
- матеріали з організації роботи психолога в підрозділі;
- письмові рекомендації психолога командирам підрозділів щодо військовослужбовця, який скоїв самогубство.

Вивчення побутових, соціальних, службових, медико-психологічних і соціально-психологічних факторів:

- біографічних соціально-побутових і психологічних умов формування особистості;
- фактів суїцидів або суїцидальних спроб у близьких родичів;
- наявності черепно-мозкових травм, нервово-психічних, нейроінфекційних та тяжких соматичних захворювань;

- фактів застосування вогнепальної зброї або випадків поранення під час виконання завдань за призначенням;
- наявності конфліктів або інших неприємностей у сім'ї військовослужбовця;
- характеру листування з близькими родичами за останній рік життя;
- наявності психотравмуючих подій у житті військовослужбовця;
- фактів суїцидальних спроб, усних чи письмових суїцидальних висловлювань;
- соціально-психологічної обстановки в підрозділі, де служив суїцидент;
- соціально-психологічного статусу й оцінки рівня соціальної адаптації в період перед самогубством;
- місця та ролі військовослужбовця в неформальній структурі службового колективу;
- особливості поведінки військовослужбовця перед скоєнням самогубства;
- змісту передсмертного листа (якщо є).

Результати дослідження заносяться до “Картки обліку та аналізу самогубства”.

КАРТКА

обліку та аналізу самогубства

1. Загальні відомості.

Найменування події:

- завершений суїцид;
- суїцидальна спроба.

Назва, номер частини де зафіксовано факт самогубства.

2. Відомості про військовослужбовця, який скоїв самогубство:

Прізвище.

Ім'я.

По батькові.

Дата народження.

Домашня адреса.

Стать:

- чоловіча;
- жіноча.

Посада.

Спеціальне звання.

Підрозділ, в якому служив суїцидент.

Склад.

Освіта.

Який заклад освіти закінчив.

До якої релігійної конфесії належав.

Сімейний стан.

Діти.

Житлові умови.

Спадкова обтяженість:

наявність соматичних або психічних захворювань з боку батьків, наявність алкоголізму (наркоманії, токсикоманії) у родичів.

Сімейна історія суїциду: випадки раптової смерті близьких родичів у результаті нещасних випадків.

Форми відхильної поведінки в близьких родичів (схильність до правопорушень, підвищена агресивність, слабкий ступінь соціальних зв'язків та ін.).

Перенесені захворювання. Шкідливі звички.

Матеріальний прибуток (заробітна платня за останній рік).

Стаж служби в Збройних Силах України.

Чи мав стягнення.

Дата останнього стягнення й за що.

Дата останнього заохочення.

Чи мав бойовий досвід?

В яких збройних конфліктах брав участь?

Застосування вогнепальної зброї.

Наслідки застосування вогнепальної зброї.

Дата останнього випадку застосування зброї.

Випадки самогубства в близьких родичів.

Наявність психічних захворювань у близьких родичів.

Вживання алкоголю, тютюну, наркотичних речовин.

Соціально-середовищні чинники:

- відсутність уваги з боку керівництва;
- відсутність уваги з боку родини;

- конфліктна ситуація в колективі;
- матеріальні труднощі;
- житлові проблеми;
- інше _____

3. *Дані про суїцид:*

Дата суїциду.

Пора року.

Час доби.

Самогубство скоєне під час:

- несення служби;
- відрядження;
- після служби;
- у відпустці;
- під час вихідного дня;
- під час лікарняного.

День самогубства.

Місце скоєння.

Спосіб скоєння.

Хто був присутній при здійсненні суїциду?

О якій годині було знайдене тіло?

Хто знайшов тіло?

Обставини суїциду.

Безпосередній привід (опис ситуації).

Причина скоєння самогубства.

Наявність передсмертної записки.

Чи раніше виказував суїцидальні наміри (коли, кому, в якій формі, при яких обставинах)?

Психологічний та соматичний стан на момент скоєння самогубства.

Чи мали місце порушення психічної адаптації?

Чи були аутоагресивні форми поведінки?

4. *Дані психологічного обстеження:*

Інші методики, що дають уявлення про психологічні особливості суїцидента.

Чи належав суїцидент до групи ризику?

5. *Висновки:*

Дані останнього психологічного обстеження.

Висновки службової перевірки.

Висновки щорічного медичного обстеження.

Висновки психолога.

Оцінка діяльності посадових осіб, які відповідальні за організацію та проведення роботи з особовим складом.

Особливу увагу членам комісії слід звертати на:

- рівень організації посадовими особами психологічного забезпечення діяльності військовослужбовців у підрозділі;
- використання посадовими особами рекомендацій психолога щодо роботи з військовослужбовцями, які скоїли самогубство;
- застосовані безпосереднім керівником заходи з формування здорової соціально-психологічної обстановки в колективі;
- роль та місце керівників вищої ланки у формування здорової соціально-психологічної обстановки в підрозділі, де служив суїцидент;
- якісна характеристика роботи з діагностики суїцидального ризику, психологічного супроводження та психокорекційної роботи з особами, які мають суїцидальні наміри;
- застосовані керівництвом заходи щодо усунення адміністративно-керівних причин суїцидальної поведінки підлеглого;
- рівень організації професійно-психологічної підготовки керівного складу, її ефективність.

Підсумкові документи службового розслідування.

1. Доповідна записка, де вказується:

- місце та обставини надзвичайної події;
- соціально-демографічні відомості про військовослужбовця;
- індивідуально-психологічні, особистісні особливості та соціально-психологічна характеристика військовослужбовця, його ділові та моральні якості;
- адміністративно-управлінські причини суїцидальної події та їх вага в скоєнні самогубства;
- перелік заходів, що проводилися раніше з метою профілактики самогубств у підрозділі серед особового складу, зниження впливу негативних чинників, що формують суїцидальні наміри.

Доповідна записка подається в десятиденний термін.

Висновки службового розслідування.

За результатами роботи комісії в місячний термін затверджується висновок службового розслідування з конкретними висновками та пропозиціями з організації профілактичних заходів. За кожним фактом суїциду надається персональна оцінка керівному складу всіх ланок, і, у випадку встановлення недоліків та безвідповідального ставлення до виконання посадових обов'язків, дані керівники притягуються до відповідальності, навіть до кримінальної.

Якщо відсутні або неможливо встановити ознаки суїциду, або, якщо під час проведення службового розслідування встановлені факти, що містять ознаки наявності складу злочину, комісія передає матеріали службового розслідування у відповідні органи з метою юридичної оцінки надзвичайної події, що мала місце.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОДІАГНОСТИКА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Визначення та оцінка внутрішньоособистісних чинників суїцидальної поведінки за даними психодіагностичного обстеження підвищують прогностичність результатів попереднього діагностичного етапу і важливі для уточнення корекційної роботи з військовослужбовцями.

Комплекс, який пропонується включити в психологічне обстеження, складений на основі виділених у суїцидології провідних чинників, що відносяться до підвищеного суїцидального ризику військовослужбовців.

3.1. Особистісні опитувальники

3.1.1. Шкала депресії А.Т. Бека

Мета – дозволяє виявити наявність депресії та ступінь важкості депресивних розладів [1].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Прочитайте кожне твердження, розміщене навпроти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас”.

№з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я відчуваю себе добре.
 б) Мені погано.
 в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити.
 г) Мені так самотньо і сумно, що я не в силах більше терпіти.
2. а) Майбутнє не лякає мене.
 б) Я боюся майбутнього.
 в) Мене ніщо не радує.
 г) Моє майбутнє безпросвітне.
3. а) В житті мені переважно щастило.

- б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.
- в) Я нічого не добився в житті.
- г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.
4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.
- б) Як правило, я скучаю.
- в) Що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.
- г) Мене не задовольняє абсолютно все.
5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.
- б) Може я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.
- в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.
- г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.
6. а) Я задоволений собою.
- б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.
- в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.
- г) Я абсолютно нікчемна людина.
7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання.
- б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.
- в) Я знаю, що заслуговую покарання.
- г) Я хочу, щоб життя мене покарало.
8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.
- б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.
- в) Я не люблю себе.
- г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших.
- б) Деколи я припускаюся помилки.
- в) Просто жахливо, як мені не щастить.
- г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.
- б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.
- в) Було краще б зовсім нежити.
- г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати.
- б) Бува, що я і поплачу.

- в) Я тепер постійно плачу, так, що не можу виплакати.
- г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний.
- б) Я легко дратуюсь.
- в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.
- г) Тепер мені все байдуже: те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.
- б) Іноді я відкладаю рішення на потім.
- в) Приймати рішення для мене проблематично.
- г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
- б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
- в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.
- г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.
15. а) Здійснити вчинок – для мене не проблема.
- б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.
- в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.
- г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.
- б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
- в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.
- г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, вцілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
17. а) У мене збереглася колишня працездатність.
- б) Я швидко втомлююся.
- в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
- г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
- б) У мене пропав апетит.
- в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.
- г) У мене взагалі немає апетиту.

19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.
г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, не хвилює ніщо стороннє.
20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.
б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.
в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.
г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.
21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я так само, як і раніше.
б) У мене постійно щось болить.
в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.
г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується:

- “а” – 0 балів,
- “б” – 1 бал,
- “в” – 3 бали,
- “г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії:

- 0-4 бали – депресія відсутня;
- 5-7 бали – легкий ступінь депресії;
- 8-15 бали – середній ступінь депресії;
- 16 і більше балів – високий рівень депресії.

3.1.2. Опитувальник Басса-Даркі

Мета – діагностика показників і форм агресії [1].

Під час проведення діагностики респондент може давати соціально бажані відповіді, тому потрібно проводити додаткову

перевірку на надійність отриманих результатів (або за допомогою ретеста, або за допомогою інших методик).

Такі шкали опитувальника, як негативізм, образа, почуття вини і дратівливість, можна виділити в шкалу аутоагресії.

Опитувальник складається з 75 питань, що стосуються поведінки респондента у різних ситуаціях, відповіді на які дозволяють визначити виразність і спрямованість агресії особистості.

А. Басс і А. Даркі розглядають агресію як комплексний феномен, в якому виділяється 8 показників:

1. Фізична агресія (напад) – використання фізичної сили проти іншої особи;

2. Непряма агресія – агресія, спрямована на іншу особу не прямо (лихослів'я, жарти і т. п.) або ні на кого не спрямована (вибухи люті, що проявляються в крику, тупанні ногами, битті кулаками по столу і т. п.);

3. Дратівливість – схильність до вияву агресії при найменшому збудженні негативної чутливості (запальність, різкість, грубість);

4. Негативізм – опозиційна форма поведінки, яка звичайно спрямована проти авторитету або керівництва; може наростати від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів;

5. Образа – заздрість або ненависть до інших через дійсні або уявні страждання;

6. Підозрілість – у діапазоні від недовіри і обережності щодо людей до переконання в тому, що інші шкодять йому;

7. Вербальна агресія – вираження негативних почуттів як через форму словесних відповідей (сварка, крик, виск), так і через зміст (погрози, прокляття, лайка);

8. Почуття вини – додаткова шкала, що виявляє переконаність респондента в тому, що він погана людина і чинить зло, вказує на наявність у нього мук сумління.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень, які стосуються Вашого характеру і поведінки. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Якщо Ви згодні з твердженням, то в клітинці з номером питання поставте знак “+” (“так”, “вірно”), якщо не згодні – знак “-” (“ні”, “невірно”). Не витрачайте час на роздумування. Найбільш природнім є те рішення, яке першим приходить в голову”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75					

Текст опитувальника

1. Часом я не можу впоратися з бажанням нашкодити комунедь.
2. Іноді я пліткую про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але і швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене не попросять по-хорошому, то я прохання не виконаю.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
7. Якщо я не схвалюю вчинки інших людей, то я даю їм це зрозуміти.
8. Коли мені траплялося обдурити будь-кого, то я відчував болючі докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.
10. Ніколи не дратуюся настільки, щоб розкидати речі.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Коли встановлене правило не подобається мені, хочеться порушити його.

13. Інші майже завжди вміють використовувати сприятливі обставини.

14. Мене насторожують люди, які ставляться до мене більш дружелюбно, ніж я цього чекаю.

15. Часто буває, не згоден з людьми.

16. Іноді у голову спадають думки, яких я соромлюся.

17. Якщо хто-небудь вдарить мене, я не відповім йому тим же.

18. У роздратуванні гримаю дверима.

19. Я більш дратівливий, ніж здається з боку.

20. Якщо хтось вдає з себе начальника, я завжди роблю йому наперекір.

21. Мене трохи засмучує моя доля.

22. Думаю, що багато людей не люблять мене.

23. Не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.

24. Ті, хто ухиляється від роботи, повинні відчувати почуття провини.

25. Хто ображає мене або мою сім'ю, напрошується на бійку.

26. Я не здатний на грубі жарти.

27. Мене охоплює лють, коли з мене насміхаються.

28. Коли люди вдають з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.

29. Майже щотижня бачу кого-небудь з тих, хто мені не подобається.

30. Досить багато тих, хто заздрить мені.

31. Вимагаю, щоб люди поважали мої права.

32. Мене засмучує, що я мало роблю для своїх батьків.

33. Люди, які постійно роздратовують вас, варті того, щоб їх клацнули по носі.

34. Від злості я іноді буваю похмурим.

35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.

36. Якщо хтось намагається вивести мене з себе, я не звертаю на нього уваги.

37. Хоча я і не показую цього, іноді мене гризе заздрість.

38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.

39. Навіть якщо злюся, не вдаюся до сильних виразів.

40. Хочеться, щоб мої гріхи були прощені.

41. Рідко даю здачі, навіть якщо хтось вдарить мене.

42. Ображаюся, коли іноді виходить не по-моєму.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких я б по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: “Ніколи не довіряти чужинцям”.
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати йому все, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо розлючуся, можу вдарити кого-небудь.
49. З десяти років у мене не було спалахів гніву.
50. Я часто відчуваю себе, як порохова бочка, яка готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко ладнати.
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити щось приємне для мене.
53. Коли кричать на мене, кричу у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Б’юся не рідше і не частіше за інших.
56. Можу згадати випадки, коли був настільки злий, що хапав першу-ліпшу під руку річ і ламав її.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Іноді відчуваю, що життя зі мною поступає несправедливо.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я цьому не вірю.
60. Я лаюся тільки від злості.
61. Коли роблю неправильно, мене мучить совість.
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.
63. Іноді висловлюю свій гнів тим, що стукаю по столу.
64. Я буваю грубуватим по відношенню до людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які хотіли б мені нашкодити.
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо він цього заслуговує.
67. Часто думаю, що живу неправильно.
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюсь через дрібниці.
70. Мені рідко приходить у голову думка про те, що люди намагаються розлютити або образити мене.

71. Часто просто погрожую людям, не збираючись приводити загрози у виконання.
72. Останнім часом я став занудою.
73. Під час суперечки я часто підвищую голос.
74. Намагаюся приховувати погане ставлення до людей.
75. Краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

“Ключ”

1. Фізична агресія:

“так” = 1, “ні” = 0: 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68;

“ні” = 1, “так” = 0: 9, 17, 41.

2. Непряма агресія:

“так” = 1, “ні” = 0: 2, 18, 34, 42, 56, 63;

“ні” = 1, “так” = 0: 10, 26, 49.

3. Роздратування:

“так” = 1, “ні” = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72;

“ні” = 1, “так” = 0: 11, 35, 69.

4. Негативізм:

“так” = 1, “ні” = 0: 4, 12, 20, 28;

“ні” = 1, “так” = 0: 36.

5. Образа:

“так” = 1, “ні” = 0: 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58;

“ні” = 1, “так” = 0: 44.

6. Підозрілість:

“так” = 1, “ні” = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59;

“ні” = 1, “так” = 0: 65, 70.

7. Вербальна агресія:

“так” = 1, “ні” = 0: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73;

“ні” = 1, “так” = 0: 39, 66, 74, 75.

8. Почуття провини:

“так” = 1, “ні” = 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Індекс *ворожості* включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс *агресивності* включає в себе шкали 1, 2, 7.

Ворожість = Образа + Підозрілість;

Агресивність = Фізична агресія + Непряма агресія + Вербальна агресія.

До особливих реакція віднесені *роздратування, негативізм і почуття провини* (3; 4; 8), без яких аналіз ворожих і агресивних реакцій був би недостатньо повним.

Обробка та інтерпретація результатів

Підраховується загальна сума збігів з “ключем”.

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4 , а ворожості – $6-7 \pm 3$.

3.1.3. Опитувальник респондента про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії

Опитувальник респондента про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, яка складається з дев'яти пунктів і є ефективною в діагностиці великого депресивного розладу так само, як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)”.

Прояви	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3

Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума				
		Загальний бал = _____		

У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?				Зовсім не ускладнили
				Деяко ускладнили
				Дуже ускладнили
				Надзвичайно ускладнили

Інтерпретація результатів

Критерії оцінки результатів РНҚ-9*

Загальний бал тяжкості депресії:

- 0-4 – депресія відсутня;
- 5-9 – легка (“субклінічна”) депресія;
- 10-14 – помірної тяжкості депресія;
- 15-19 – середньої тяжкості депресія;
- 20-27 – тяжка депресія.

* Бал ≥ 10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83%.

3.1.4. Опитувальник суїцидального ризику (ОСР) в модифікації Т.М. Разуваєвої

Мета – діагностика суїцидального ризику, виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних спроб самогубства. Можливе індивідуальне та групове тестування.

Діагностичні показники: демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар’єрів, максималізм, тимчасова перспектива, антисуїцидальний фактор.

У запропонованому опитувальнику, в порівнянні з іншими одношкальними методиками, які вимірюють рівень емоційної

дезадаптації (опитувальники тривожності, нейротизму та інші), здійснена спроба кваліфікувати симптоматику – виявити індивідуальний стиль і зміст суїцидальних намірів даної людини [42; 27].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: Вам буде запропоновано оцінити 29 тверджень. Якщо Ви, читаючи твердження, погоджуєтеся з ним, то поставте знак “+” у відповідній графі реєстраційного бланка. Якщо не погоджуєтеся – поставте знак “-”.

Бланк відповідей

Номер твердження	+ / -	Номер твердження	+ / -
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15			

Текст опитувальника

1. Ви все відчуваєте гостріше, ніж більшість людей.
2. Вас часто долають похмурі думки.

3. Тепер Ви вже не сподіваєтеся досягти бажаного положення в житті.
4. У разі невдачі Вам важко почати нову справу.
5. Вам безумовно не щастить у житті.
6. Вчитися Вам стало важче, ніж раніше.
7. Більшість людей задоволені життям більше, ніж Ви.
8. Ви вважаєте, що смерть є спокутою гріхів.
9. Тільки зріла людина може прийняти рішення піти з життя.
10. Часом у Вас бувають напади нестримного сміху або плачу.
11. Зазвичай Ви обережні з людьми, які ставляться до Вас дружелюбніше, ніж Ви очікували.
12. Ви вважаєте себе приреченою людиною.
13. Мало хто щиро намагається допомогти іншим, якщо це пов'язано з незручностями.
14. У Вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
15. Людина, яка вводить інших у спокусу, залишаючи без нагляду цінне майно, винна приблизно настільки ж, наскільки і той, хто це майно викрадає.
16. У Вашому житті не було таких невдач, коли здавалося, що все скінчено.
17. Зазвичай Ви задоволені своєю долею.
18. Ви вважаєте, що завжди потрібно вчасно поставити крапку.
19. У Вашому житті є люди, прихильність до яких може дуже вплинути на Ваші рішення і навіть змінити їх.
20. Коли Вас ображають, Ви прагнете будь-що довести кривдникові, що він вчинив несправедливо.
21. Часто Ви так переживаєте, що це заважає Вам говорити.
22. Вам часто здається, що обставини, в яких Ви опинилися, відрізняються особливою несправедливістю.
23. Іноді Вам здається, що Ви раптом зробили щось погане або навіть гірше.
24. Майбутнє уявляється Вам досить безпросвітним.
25. Більшість людей здатні добиватися вигоди не зовсім чесним шляхом.
26. Майбутнє занадто розпливчасте, щоб будувати серйозні плани.

27. Мало кому в житті довелося випробувати те, що пережили недавно Ви.
28. Ви схильні так гостро переживати неприємності, що не можете викинути з голови думки про це.
29. Часто Ви дієте необдуманно, підкоряючись першому пориву.

Обробка результатів

По кожній шкалі підраховується сума позитивних відповідей. Отриманий бал помножується на коефіцієнт. Робиться висновок щодо наявності/відсутності факторів суїцидального ризику та ступеня їх вираженості. Чим ближче значення фактора до максимально можливої її величини, тим більше він виражений.

“Ключ”

Шкала	Номери тверджень	Коефіцієнт	max значення фактора
1. Демонстративність	12,14,20,22,27	1,2	6
2. Афективність	1,10,20,23,28,29	1,1	6,6
3. Унікальність	1,12,14,22,27	1,2	6
4. Неспроможність	2,3,6,7,21	1,5	7,5
5 Соціальний песимізм	5,11,13,15,22,25	1	6
6. Злам культурних бар'єрів	8,9,18	2,3	6,9
7. Максималізм	4,16	3,2	6,4
8. Тимчасова перспектива	2,3,12,24,26,27	1,1	6,6
9. Антисуїцидальний фактор	17,19	3,2	6,4

Інтерпретація результатів

Зміст субшкальних діагностичних концептів:

1. Демонстративність (Д). Бажання привернути увагу до своїх нещасть, домогтися співчуття та розуміння. Оцінюване із зовнішньої позиції часом як “шантаж”, “істероїдне випинання труднощів”, демонстративна суїцидальна поведінка переживається

зсередини як “крик про допомогу”. Найбільш суїцидонебезпечним є поєднання з емоційною ригідністю, коли “діалог зі світом” може зайти надто далеко.

2. Афективність (А). Домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації. Готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. В крайньому варіанті – афективна блокада інтелекту.

3. Унікальність (У). Сприйняття себе, ситуації та, можливо, власного життя в цілому, як явища виняткового, не схожого на інші та, як наслідок, передбачає виняткові варіанти виходу із ситуації, один із яких – суїцид. Тісно пов'язана з феноменом “непроникності” для досвіду, тобто з недостатнім умінням використовувати свій і чужий життєвий досвід.

4. Неспроможність (Н). Негативна концепція власної особистості. Розуміння своєї неспроможності, некомпетентності, непотрібності, “виключеності” зі світу. Дана субшкала може бути пов'язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та інші неспроможності. Неспроможність виражає інтрапунітивний радикал. Формула монологу – “Я поганий”.

5. Соціальний песимізм. (СП). Негативна концепція навколишнього світу. Відбувається сприйняття світу як ворожого, який не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини стосунки з оточуючими. Соціальний песимізм тісно пов'язаний з екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції. При відсутності “Я” спостерігається екстрапунітивність за формулою внутрішнього монологу “Ви всі негідні мене”.

6. Злам культурних бар'єрів (ЗКБ). Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять її в якійсь мірі привабливою. Відбувається запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури і кіно. В крайньому варіанті – інверсія цінності смерті та життя. За відсутності виражених піків по інших шкалах це може говорити тільки про “екзистенцію смерті”. Одна з можливих внутрішніх причин культу смерті – доведена до

патологічного максималізму смислова установка на самодіяльність: “Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування”.

7. Максималізм (М). Інфантильний максималізм ціннісних установок. Поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту в якій-небудь одній життєвій сфері. Неможливість компенсації, афективна фіксація на невдачах.

8. Тимчасова перспектива (ТП). Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильної заглибленості в справжню ситуацію, трансформацію почуття нерозв’язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок у майбутньому.

9. Антисуїцидальний фактор (АФ). Навіть при високій вираженості всіх інших факторів є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов’язку. Це уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичність, боязнь болю і фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи.

3.1.5. Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій: СР-45 та СР-10 (П.І. Юнацкевіч)

Мета – методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій.

Питання в ній є адекватними суїцидальним проявам. Використання даних питань і тверджень в якості додаткової інформації дозволяє при проведенні обстеження виявляти осіб, які мають суїцидальні схильності, і формувати з них “групу посиленої психологічної уваги” [44].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: Вам будуть запропоновані твердження, які стосуються Вашого здоров’я та характеру. Якщо Ви згодні з

твердженням, поставте знак “+” у графі “Так” в реєстраційному бланку, якщо ні – поставте знак “-” у графі “Ні”. Над відповідями намагайтеся довго не замислюватися, правильних або неправильних відповідей немає.

№з/п	Питання і твердження	Так	Ні
1.	Як Ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в певній ситуації?		
2.	Життя іноді гірше смерті.		
3.	У минулому в мене була спроба піти з життя.		
4.	Мене багато хто любить, розуміє та цінує.		
5.	Можна виправдати безнадійно хворих, що обрали добровільну смерть.		
6.	Я не думаю, що сам можу опинитися в безнадійному становищі.		
7.	Сенс життя не завжди буває ясний, його можна іноді втратити або не знайти.		
8.	Як Ви вважаєте, опинившись у ситуації, коли Вас зрадили близькі та рідні, Ви зможете жити далі?		
9.	Я іноді думаю про свою добровільну смерть.		
10.	У будь-якій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.		
11.	Завжди і скрізь намагаюся бути абсолютно чесною людиною.		
12.	У мене, в принципі, немає недоліків.		
13.	Можливо, далі я жити не зможу.		
14.	Дивно, що деякі люди, опинившись у безвихідному становищі, не хочуть покінчити з життям.		
15.	Почуття приреченості в підсумку призводить до добровільного позбавлення себе життя.		
16.	Якщо буде потрібно, то можна виправдати позбавлення себе життя.		
17.	Мені не подобається грати зі смертю наодинці.		

18.	Часто перше враження про людину є визначальним.		
19.	Я пробував різні способи позбавлення себе життя.		
20.	У критичний момент я завжди можу впоратися з собою.		
21.	У школі я завжди відрізнявся (відрізнялася) тільки гарною поведінкою.		
22.	Можу обманювати оточуючих, щоб погіршити своє становище.		
23.	Навколо мене досить багато нечесних людей.		
24.	Одного разу я обирав декілька способів покінчити з життям.		
25.	Досить часто мене намагаються обдурити або ввести в оману.		
26.	Я б не хотів миттєвої смерті після важких переживань.		
27.	Я продовжив би жити далі, якби трапилася світова ядерна війна.		
28.	Людина вільна чинити зі своїм життям так, як їй хочеться, навіть якщо вона обирає смерть.		
29.	Якщо людина не вміє подати себе у вигідному ракурсі перед керівництвом, то вона багато чого втрачає.		
30.	Нікому й ніколи не писав передсмертну записку.		
31.	Одного разу намагався накласти на себе руки.		
32.	Ніколи не буває безвихідних ситуацій.		
33.	Пробував покінчити з життям таким чином, щоб не відчувати сильного болю.		
34.	Треба вміти приховувати свої думки від інших, навіть якщо вони до мене байдужі.		
35.	Душа людини напевно відчуває полегшення, якщо сама залишає цей світ.		

36.	Можу виправдати будь-який свій вчинок.		
37.	Якщо я щось роблю, а мені починають заважати, то я все одно буду робити те, що задумав.		
38.	Щоб людині позбутися від невиліковної хвороби та перестати мучитися, вона, напевно, повинна сама припинити свої страждання та піти з цього життя добровільно.		
39.	Буває, сумніваюся в психічному здоров'ї деяких моїх знайомих.		
40.	Одного разу наважувався покінчити з життям.		
41.	Мене турбує відсутність відчуття щастя.		
42.	Я ніколи не йду на порушення закону, навіть у дрібницях.		
43.	Іноді мені хочеться заснути й не прокинутися.		
44.	Одного разу мені було дуже соромно через те, що хотілося піти з життя.		
45.	Навіть у найважчій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.		

“Ключ”

Шкала “неправди” (L)

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

Шкала оцінки схильності до суїцидальних реакцій (Sr)

“Так” (+)	“Ні” (-)
1, 2, 3, 5, 7, 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

Обробка результатів

Підраховується кількість відповідей, що співпали з “ключем”.

Оціночний коефіцієнт (L) виражається у співвідношенні кількості відповідей, що співпали з “ключем”, до максимально можливого числа співпадінь (10):

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

де N - кількість співпадаючих із “ключем” відповідей.

Показники, які отримані за шкалою “неправди”, можуть варіюватися від 0 до 1. Показники, близькі до 1, свідчать про високе прагнення представити себе з вигідного боку та про неадекватність відповідей; результати, які близькі до нуля, вказують на низький рівень і відносно надійну (за умови $L < 0,6 \pm 0,16$) достовірність результатів обстеження.

Оціночний коефіцієнт (Sr) виражається у співвідношенні кількості відповідей, що співпадають, до максимально можливого числа співпадінь (35).

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

де N - кількість співпадаючих із “ключем” відповідей.

Отримані показники можуть варіювати від 0 до 1. Показники, які близькі до 1, свідчать про високий рівень схильності до суїцидальних реакцій, а близькі до нуля – про низький.

Шкала оцінок схильності до суїцидальних реакцій (Sr)

Рівень оцінки Sr	Рівень прояву	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

Інтерпретація результатів

При інтерпретації отриманих даних слід пам'ятати, що методика констатує лише початковий рівень розвитку схильності особистості до самогубства в період її обстеження.

При наявності конфліктної ситуації, інших негативних умов і деформуючої мотивації вітального існування (ослаблення мотивації до подальшого життя) ця схильність може розвиватися.

Якщо досліджуваний отримав 5 балів, то це свідчить про низький рівень схильностей до суїцидальних реакцій.

У обстежуваних, які отримали 4 бали, може виникнути суїцидальна реакція лише на тлі тривалої психічної травматизації та при реактивних станах психіки.

Для обстежуваних, які отримали 3 бали, “потенціал” схильностей до суїцидальних реакцій не відрізняється високою стійкістю.

Обстежувані, що отримали 2 бали, належать до групи суїцидального ризику з високим рівнем прояву схильності до

суїцидальних реакцій. Вони можуть відчувати складнощі у військово-професійній адаптації, можуть здійснити спробу суїциду або реалізувати саморуйнівну поведінку.

Обстежувані, що отримали 1 бал, мають дуже високий рівень прояву схильності до суїцидальних реакцій (ситуація внутрішнього й зовнішнього конфлікту, потребують медико-психологічної допомоги).

Додатково

Короткий варіант Анкети оцінки суїцидального ризику військовослужбовців (П.І. Юнацкевіч).

Інструкція: Просимо Вас відповісти на поставлені нижче питання. Підкресліть Вашу відповідь у відповідній графі реєстраційного бланка.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

№з/п	Питання і твердження	Так	Ні
1.	Як Ви вважаєте, чи може життя втратити цінність для людини в певній ситуації?	так	ні
2.	Життя іноді гірше смерті.	так	ні
3.	У минулому в мене була спроба піти з життя.	так	ні
4.	Мене багато хто любить, розуміє та цінує.	так	ні
5.	Можна виправдати безнадійно хворих, що обрали добровільну смерть.	так	ні
6.	Я не думаю, що сам можу опинитися в безнадійному становищі.	так	ні
7.	Сенс життя не завжди буває ясний, його можна іноді втратити або не знайти.	так	ні
8.	Як Ви вважаєте, опинившись в ситуації, коли Вас зрадили близькі та рідні, Ви зможете жити далі?	так	ні
9.	Я іноді думаю про свою добровільну смерть.	так	ні
10.	У будь-якій ситуації я буду боротися за своє життя, чого б мені це не коштувало.	так	ні

“Ключ”

Підраховується загальна кількість відповідей, які збіглися з ключем:

“Так” (+): 1,2, 3, 5, 7, 9;

“Ні” (-): 4, 6, 8, 10.

Вираховується оціночний коефіцієнт суїцидального ризику (Sr) за формулою:

$Sr = (N/ 10)$, де N – кількість співпадінь із ключем.

Отримані показники Sr можуть варіювати від 0 до 1. Показники, які близькі до 1, свідчать про високий рівень схильності до суїцидальних реакцій, а близькі до нуля – про низький.

Інтерпретація результатів

Оцінка рівня схильності до суїцидальних реакцій:

до 0,2 – низький (5 балів);

0,2 – 0,3 – нижче середнього (4 бали);

0,4 – 0,5 – середній (3 бали);

0,6 – 0,7 – вище середнього (2 бали);

0,8 і більше – високий (1 бал).

3.1.6. Методика діагностики суїцидальних схильностей “Суїцидальна мотивація” (Ю.Р. Вагін)

Мета – виявити та проаналізувати мотиваційні аспекти суїцидальної поведінки, які дозволяють оцінити вираженість суїцидальних тенденцій.

Діагностичні показники: альтруїстична мотивація (смерть заради інших), анемічна (втрата сенсу життя); анестетична (нестерпність страждання); інструментальна (маніпуляція іншими); аутопунітична (самопокарання); гетеропунітична (покарання інших); поствітальна (надія на щось краще після смерті).

Тест складається з 35 найбільш типових тверджень, які автор відібрав під час клініко-психологічного дослідження осіб із суїцидальними тенденціями [3].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: Вам пропонується відповісти на 35 тверджень, заповнивши опитувальник, використовуючи для цього 4 варіанти відповіді:

- 1) “так” – у випадку, якщо Ви цілком згодні з твердженням;
- 2) “частково” – якщо висловлювання в повному обсязі відповідає Вашим переживанням;
- 3) “сумніваюся” – якщо Ви не впевнені, підходить Вам висловлювання чи ні;
- 4) “ні” – у разі, якщо Ви впевнені, що це висловлювання не відповідає Вашим переживанням.

Твердження	так	частково	сумніваюся	ні
1. Думав, що якщо помру, то всім буде тільки краще.				
2. В житті втратився якийсь головний сенс.				
3. Мені здавалося, що тільки смерть може позбавити мене від страждання.				
4. Думав хоча б щось довести своєю смертю.				
5. Я думав, що не маю права більше жити.				
6. Думав померти, і нехай спробують пожити без мене.				
7. Я сподівався, що після смерті мене чекає щось краще.				
8. Я хотів померти тому, що через мене занадто багато проблем.				
9. Здавалося, що все хороше 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 спокутувати свою провину.				
13. Було так боляче й прикро, що хотілося помститися.				
14. Я думав померти тут, щоб мати можливість відродитися до нового життя.				

15. Думав, що моя смерть щось змінить на краще навколо.				
16. Тому що життя втратило будь-який інтерес.				
17. Я вже не міг більше терпіти все це.				
18. По-іншому я не зміг би нічого довести.				
19. Мені здавалося, що я сам у всьому винен і повинен понести покарання.				
20. Я добре розумів, що своєю смертю заподію біль і навіть хотів цього.				
21. Мені хотілося піти туди, до тих (або до того), кого я люблю.				
22. Я не хотів бути тягарем для оточуючих.				
23. У мені скінчилася якась сила для життя.				
24. Якби мені не було так боляче, 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 інших.				
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 приносить лише біль – то краще померти.				
32. Думав, можливо після моєї смерті щось зрозуміють.				
33. Мені хотілося бути самому собі і суддею, і катом.				
34. Було легке задоволення від думки, що своєю смертю я створю проблему.				
35. Я думав про смерть, як про шлях до нового життя.				

Обробка та інтерпретація результатів

Тест дозволяє виявити та кількісно оцінити сім основних мотиваційних аспектів суїцидальної поведінки:

1. Альтруїстична мотивація (смерть заради інших);
2. Анемічна мотивація (втрата сенсу життя);
3. Анестетична мотивація (нестерпність страждання);
4. Інструментальна мотивація (маніпуляція іншими);
5. Аутопунітична мотивація (самопокарання);
6. Гетеропунітична мотивація (покарання інших);
7. Поствітальна мотивація (надія на щось краще після смерті).

Кожному з наведених мотиваційних комплексів відповідає 5 висловлювань.

Назва мотивації	№ відповідного питання
1. Альтруїстична	1, 8, 15, 22, 29
2. Анемічна	2, 9, 16, 23, 30
3. Анестетична	3, 10, 17, 24, 31
4. Інструментальна	4, 11, 18, 25, 32
5. Аутопунітична	5, 12, 19, 26, 33
6. Гетеропунітична	6, 13, 20, 27, 34
7. Поствітальна	7, 14, 21, 28, 35

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

Загальна сума балів за всіма 5 висловлюваннями, що належать до одного з мотиваційних комплексів, визначає вираженість цього комплексу.

Максимальне вираження може дорівнювати: $5 \times 3 = 15$ балів, мінімальне – 0 балів.

За результатами кількісних показників кожної з 7 шкал будується графік, що дозволяє наочно відобразити спектр суїцидальної мотивації у клієнта та на цій підставі робити висновки про вираженість суїцидальних тенденцій.

3.1.7. Опитувальник “Ризик-С”

Мета – виявлення осіб, які схильні реалізувати суїцидальні дії.

Методику створено на основі додаткових шкал

багатофакторного особистісного опитувальника “Адаптивність-200”. Вона включає в себе шкалу достовірності (Д), яка призначена для оцінки щирості відповідей військовослужбовців (надійності отриманих даних), та шкалу суїцидального ризику (СР), яка застосовується для виявлення осіб, схильних до здійснення суїцидальних дій.

Безпосередньо перед проведенням обстеження дається коротка інструкція.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Це дослідження спрямоване на виявлення Ваших індивідуальних особливостей. Опитувальник містить 32 твердження (запитання) про життя, службу, стосунки в сім’ї, інтереси та схильності. Завдання полягає в тому, щоб визначити своє ставлення до кожного твердження, тобто погодитися або не погодитися. Якщо Ви погоджуєтесь із твердженням, то в клітинці з номером до цього питання поставте знак “+”, а якщо не згодні – знак “-”.

Правильних або неправильних відповідей немає, тому довго не замислюйтеся над твердженням (питанням) і давайте відповідь, виходячи з того, що більше відповідає Вашому характеру або уявленню про самого себе”.

На кожне питання тесту обстежуваний може відповідати “так” або “ні”. Ухильних відповідей не передбачено.

Питання опитувальника

№з/п	Питання	Так	Ні
1.	Буває, що я серджусь.		
2.	Доля безумовно несправедлива до мене.		
3.	Мені здається, що мене ніхто не розуміє.		
4.	Іноді мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про них нікому не розказувати.		

5.	Бували випадки, що я не виконував своїх обіцянок.		
6.	Значну частину часу настрій у мене пригнічений.		
7.	Тепер мені важко сподіватися на те, що я чого-небудь досягну в житті.		
8.	Іноді я кажу неправду.		
9.	Зазвичай я вважаю, що життя – гарна річ.		
10.	Я досить байдужий до того, що зі мною буде.		
11.	Значну частину часу в мене таке відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане.		
12.	Іноді в мене буває таке відчуття, що я просто повинен нанести ушкодження собі або комунебудь іншому.		
13.	Бувало, що я казав про речі, в яких не розбираюся.		
14.	Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен зробити сьогодні.		
15.	Думаю, що я людина приречена.		
16.	Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де бажаю, а не там, де потрібно.		
17.	Люди байдужі до того, що зі мною трапиться.		
18.	У грі я вважаю за краще вигравати.		
19.	Мені приємно мати серед своїх знайомих значних людей, це ніби додає мені вагу у власних очах.		
20.	Люди проявляють у ставленні до мене стільки співчуття й симпатії, наскільки я заслуговую.		
21.	Мені здається, що мене ніхто не розуміє.		
22.	Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.		
23.	Часто мені хочеться померти.		
24.	Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім.		
25.	Буває, що я з ким-небудь пліткую.		
26.	Мені притаманно так сильно переживати свої розчарування, що я не можу примусити себе не думати про них.		
27.	Часом мені здається, що я ні на що не здатний.		

28.	Бувало, що під час обговорення деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався з думкою інших.		
29.	Буває, що непристойний жарт у мене викликає сміх.		
30.	Якщо справа йде у мене погано, то мені відразу хочеться все кинути.		
31.	Все в мене виходить погано, не так, як треба.		
32.	Майбутнє здається мені безнадійним.		

Під час обробки результатів враховується кількість відповідей, що співпали з “ключем”. Кожен збіг відповіді з ключем оцінюється в один бал.

“Ключ”

	“Так”	“Ні”
Достовірність		1, 4, 5, 8, 13, 14, 16, 18, 19, 22, 25, 28, 29
Суїцидальний ризик	2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 17, 21, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 32	9, 20

Таблиця переведення первинних значень показників шкали “Суїцидальний ризик” у стандартні бали (стени)

Бали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Загальна кількість співпадінь із ключем	0	0	1	2	3	4	6-5	9-7	14-10	≥ 15

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка отриманих даних необхідно починати зі шкали достовірності (Д). У випадку, якщо загальна кількість балів дорівнює або перевищує 10, то отримані результати слід вважати необ’єктивними внаслідок прагнення досліджуваного якомога більше відповідати соціально бажаному типу особистості (в тому числі прагнути приховати дійсний стан речей). У цьому випадку слід провести додаткове обстеження.

При значеннях шкали Д від 0 до 5 балів визначається ВИСОКА достовірність результатів обстеження, від 6 до 9 балів –

ДОСТАТНЯ, наявні окремі ознаки соціальної бажаності.

Інтерпретація значень шкали СР

Стени	Інтерпретація значень
1-5 стенів	Мінімальний рівень суїцидального ризику. По суті, обстежуваний перебуває поза зоною суїцидальної активності. Можуть констатуватися ті чи інші суїцидогенні фактори, проте це не призводить до стійкого зниження настрою та ангедонії.
6 стенів	В цілому виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено. Констатується наявність окремих ознак, що свідчать про певні труднощі в міжособистісних стосунках із значущими іншими. Можливі короточасні антивітальні переживання (“і що це за життя! ...”).
7-8 стенів	Визначається наявність окремих ознак суїцидальної схильності. За наявності зatoryжної військово-професійної адаптації або труднощів у міжособистісних стосунках зі співслужбовцями чи командуванням, можуть виникнути думки суїцидальної спрямованості. Накопичення стресогенних факторів може призводити до зниження настрою та ангедонії. Можливі антивітальні переживання, невдоволення життям.
9-10 стенів	Визначається наявність виразних ознак суїцидальної схильності. За наявності зatoryжної військово-професійної адаптації або труднощів в міжособистісних стосунках зі співслужбовцями чи командуванням, можуть виникнути думки про суїцидальний шантаж або закінчені суїцидальні дії. Можлива наявність ситуації, суб’єктивно великої значущості та тривалості, що сприймається як безвихідна; у свідомості можуть з’являтися образи смерті та самогубства, звуження свідомості, формування ціннісно-позитивного та ціннісно-негативного ставлення до смерті.

3.1.8. Експрес-анкета “С-1”

Мета – виявлення факторів суїцидального ризику, особливостей ставлення військовослужбовців до проблеми самогубства. Дані анкетування дають поверхневу інформацію та є основою для аналізу ситуації, подальших досліджень у цьому напрямі. Зазначену методику доцільно застосовувати з періодичністю раз на квартал.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Текст експрес-анкети “С-1”

1. Чи допускаєте Ви думку про самогубство, як про спосіб виходу з важкої службової чи життєвої ситуації?

01 – так;

02 – ні;

03 – важко відповісти.

2. Визначіть Ваше особисте ставлення до військовослужбовців, які відважуються на спроби самогубства чи нанесення самопошкоджень.

04 – засуджую;

05 – не бачу й не розумію причин такого рішення;

06 – за певних обставин згоден із таким рішенням.

3. Чи можна, на Вашу думку, допомогти не допустити рокового кроку з боку Вашого співслужбовця?

07 – можна, проявивши увагу і чуйність;

08 – зробити нічого не можна;

09 – мені це байдуже.

4. Чи траплялося Вам за час служби відчувати безвихідні особисті ситуації чи переживання, коли з'являлися думки про самогубство?

10 – так;

11 – впевнений, що ні;

12 – важко відповісти.

5. Як Ви вважаєте, чи можливі випадки самогубств серед військовослужбовців у Вашому підрозділі?

13 – так;

14 – ні;

15 – не виключені поодинокі випадки;

16 – важко відповісти.

6. Чи звернетесь Ви за порадою, допомогою, чи підтримкою при виникненні особистих і службових нездоланих для Вас проблем?

17 – мені допоможуть офіцери-психологи;

18 – сподіваюся на допомогу товаришів по службі;

19 – впевнений, що ніякої допомоги не отримаю;

20 – сподіваюся лише на власні сили.

3.1.9. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart)

Методика “Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР” (Hart В., 1996) була переведена на російську мову та адаптована І.О. Котеньовим. Призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили будь-якого роду психічні травми.

Мета – коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми [25; 17; 18].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж звичайно, такі стани? Оберіть лише один варіант відповіді (“так” або “ні”) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка”.

№з/п	Питання	Так	Ні
1.	Нездатність “розслабитися” (напруженість)		
2.	Роздратування та поганий настрій		
3.	Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
4.	Неуважність, погана зосередженість уваги		
5.	Сильний смуток, печаль		
6.	Сильна втома, нестача енергії		
7.	Потрясіння або паніка		
8.	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
9.	Труднощі із засинанням, погіршення сну		
10.	Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема, професійної		

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР.

“Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається більше 4 ствердних відповідей (“так”).

3.1.10. Методика “Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна”

Мета – самооцінка рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д. Спілбергером та адаптована Ю.Л. Ханіним [1].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____
 Служба за контрактом/строкова (підкреслити).

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

№з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9.	Я не задоволений собою	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я заклопотаний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, **як Ви себе почуваєте звичайно.** Над твердженням довго не задумуйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей тут немає”.

№з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я зазвичай швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Зазвичай я почуваю себе батьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я сприймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4

33	Зазвичай я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи й турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показник реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. \text{РТ} = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50,$$

де Σ_1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ_2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. \text{ОТ} = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ_2 – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовні оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;
 31-45 балів – помірний рівень тривожності;
 вище 45 балів – високий рівень тривожності.

3.1.11. “Тест-опитувальник Г. Айзенка – Eysenck Personality Inventory (EPI)”

Мета – методика призначена для діагностування екстраверсії-інтроверсії та нейротизму як базисних особистісних вимірів, які описують, на думку автора, всю сукупність рис людини [14].

Інструкція: “Вам буде запропоновано відповісти на низку запитань. Відповідайте лише “так” або “ні”, відзначаючи знаком плюс (+) у відповідній графі реєстраційного бланка, якщо Ви згодні, і знаком (-), якщо не згодні. Не роздумуйте! Важлива Ваша безпосередня реакція. Досліджуються тільки Ваші особистісні особливості, тому правильних або неправильних відповідей не існує”.

Ніяких роз’яснень під час проведення опитування з окремих питань давати не можна. Питання складені так, що вони повинні бути зрозумілі людині з будь-яким рівнем освіти.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57			

Текст опитувальника

1. Чи часто Ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того, щоб “підбадьоритися”, відчути збудження?
2. Чи часто Ви відчуваєте, що маєте потребу в друзях, які Вас розуміють, можуть Вас підбадьорити або втішити?
3. Ви людина безтурботна?
4. Чи не вважаєте Ви, що Вам важко відповідати “ні”?
5. Чи замислюєтеся Ви перед тим, як що-небудь зробити?
6. Якщо Ви обіцяєте щось зробити, чи завжди Ви дотримуєтеся своїх обіцянок (незалежно від того, зручно це Вам чи ні)?
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?
8. Зазвичай Ви дієте та говорите швидко, не роздумуючи?
9. Чи часто Ви відчуваєте себе нещасною людиною без достатніх на те причин?
10. Зробили б Ви майже все, що завгодно, на спір?
11. Чи виникає у Вас почуття сором’язливості й зняксовіlosti, коли Ви хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка Вам симпатична?
12. Чи буває так, що розізлившись, Ви втрачаєте витримку?
13. Чи часто Ви дієте непомірковано під впливом хвилинного настрою?
14. Чи часто Ви тривожитесь через те, що зробили чи сказали що-небудь таке, чого не слід було б робити або говорити?
15. Чи віддаєте Ви перевагу читанню книг, а не зустрічі з людьми?
16. Чи легко Вас образити?
17. Чи любите Ви часто бувати в компанії?
18. Чи бувають у Вас іноді такі думки, які Ви хотіли б приховати від інших?
19. Чи правда, що Ви іноді настільки сповнені енергії, що все “горить” у руках, а іноді відчуваєте сильну млявість?
20. Чи надаєте Ви перевагу тому, щоб мати поменше друзів, проте особливо близьких до Вас?
21. Чи часто Ви мрієте?
22. Коли на Вас кричать, чи відповідаєте Ви тим же?
23. Чи часто Вас турбує почуття провини?
24. Чи всі Ваші звички хороші й бажані?

25. Чи здатні Ви дати волю своїм почуттям і щосили повеселитися в шумній компанії?
26. Чи вважаєте Ви себе людиною збудливою й чутливою?
27. Чи вважають Вас людиною живою та веселою?
28. Чи часто, зробивши якусь важливу справу, Ви повертаєтесь до неї подумки й міркуєте, що могли б зробити її краще?
29. Ви більше мовчите, коли перебуваєте в товаристві інших людей?
30. Ви іноді пліткуєте?
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що різні думки приходять у голову?
32. Якщо Ви хочете дізнатися про що-небудь, то Ви віддаєте перевагу тому, щоб прочитати про це в книзі, ніж запитати?
33. Чи буває у Вас сильне серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, яка вимагає від Вас пильної уваги?
35. Чи бувають у Вас напади тремтіння?
36. Чи вірно, що Ви завжди кажете про знайомих людей тільки добре навіть тоді, коли впевнені, що вони про це не дізнаються?
37. Вам неприємно знаходитися в компанії, де жартують один над одним?
38. Чи Ви дратівливі?
39. Чи подобається Вам робота, яка вимагає швидкості дії?
40. Чи хвилюєтеся Ви з приводу різних неприємностей, які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?
41. Ви неквапливі в рухах?
42. Ви коли-небудь запізнювалися на побачення або на роботу?
43. Чи часто Вам сняться кошмари?
44. Чи правда, що Ви так любите побалакати, що не пропустите нагоди поговорити з незнайомою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Ви б відчували себе дуже нещасним, якби тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?
48. Чи є серед Ваших знайомих люди, які Вам явно не подобаються?

49. Чи можете Ви сказати, що Ви дуже впевнена в собі людина?

50. Чи легко Ви ображаєтеся, коли вказують на Ваші помилки в роботі або на Ваші особисті промахи?

51. Ви вважаєте, що важко отримати справжнє задоволення від вечірки?

52. Чи турбує Вас почуття, що Ви чимось гірші за інших?

53. Чи легко Вам внести пожвавлення в досить нудну компанію?

54. Чи буває, що Ви говорите про речі, в яких зовсім не розбираєтеся?

55. Чи турбуєтеся Ви про своє здоров'я?

56. Чи любите Ви жартувати над іншими?

57. Чи страждаєте Ви від безсоння?

“Ключ”

Якщо оцінка респондента збігається з відповіддю в “ключі”, то нараховується 1 бал, якщо не збігається – 0 балів.

Шкала “Екстраверсія-Інтроверсія”

Відповідь “так” – питання 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56.

Відповідь “ні” – питання 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Шкала “Нейротизм-Стабільність”

Відповідь “так” – питання 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

Шкала “Корекції”

Відповідь “так” – питання 6, 24, 36.

Відповідь “ні” – питання 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Інтерпретація результатів

Шкала “Корекції”

0-3 бали – відвертий;

4-6 балів – ситуативний;

7-9 балів – брехливий.

Слід зазначити, що в даному випадку мова йде лише про ступінь відвертості при відповідях на питання тесту, а не про брехню як особистісну характеристику. За умови, якщо за шкалою “корекції” набрано більше 5 балів – даним довіряти не можна.

Шкала “Екстраверсія-Інтроверсія”

0-2 бали – над-інтроверт;

3-6 балів – інтроверт;
 7-10 балів – потенційний інтроверт;
 11-14 балів – амбіверт;
 15-18 балів – потенційний екстраверт;
 19-22 бали – екстраверт;
 23-24 бали – над-екстраверт.

Шкала “Нейротизм”

0-2 бали – над-конкордант;
 3-6 балів – конкордант;
 7-10 балів – потенційний конкордант;
 11-14 балів – нормостенік;
 15-18 балів – потенційний дискордант;
 19-22 бали – дискордант;
 23-24 бали – над-дискордант.

3.1.12. Опитувальник “Осада” (С.І. Яковенко)

Мета – оцінка стану адаптованості.

Опитувальник “Осада” рекомендується застосовувати на початковій стадії роботи з особою для визначення актуальної проблеми [36].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
 Освіта: середня / середня спеціальна / вища _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: Уважно читайте всі судження, що входять до складу кожного з 30 наведених нижче блоків, і обведіть на бланку для відповідей букву (**а, б, в або г**), що відповідає варіанту відповіді, яка найбільш прийнятна для Вас зараз.

1. а) в) б) г)	2. а) в) б) г)	3. а) в) б) г)	4. а) в) б) г)	5. а) в) б) г)
6. а) в) б) г)	7. а) в) б) г)	8. а) в) б) г)	9. а) в) б) г)	10. а) в) б) г)
11. а) в) б) г)	12. а) в) б) г)	13. а) в) б) г)	14. а) в) б) г)	15. а) в) б) г)
16. а) в) б) г)	17. а) в) б) г)	18. а) в) б) г)	19. а) в) б) г)	20. а) в) б) г)
21. а) в) б) г)	22. а) в) б) г)	23. а) в) б) г)	24. а) в) б) г)	25. а) в) б) г)
26. а) в) б) г)	27. а) в) б) г)	28. а) в) б) г)	29. а) в) б) г)	30. а) в) б) г)

Текст опитувальника

1. а) я бадьорий і веселий;
б) іноді я сумую;
в) я часто буваю засмучений;
г) я відчуваю себе нещасним.
2. а) у мене було щасливе дитинство;
б) у дитинстві в мене були/траплялися незначні, звичайні для дітей прикромці;
в) у мене було досить важке дитинство;
г) у дитинстві життя мене не щадило.
3. а) зараз я такий же товариський, як і раніше;
б) мені все частіше хочеться побути самому;
в) тільки необхідність змушує мене спілкуватися з оточуючими;
г) я самотній, ніхто не розуміє мене.
4. а) я їм як завжди з апетитом;
б) останнім часом мій апетит погіршився;
в) я помічаю, що часом їм, не відчуваючи смаку їжі;
г) останнім часом я майже нічого не їм.
5. а) мене дуже цікавлять події, що відбуваються в світі;
б) тепер я менше читаю, рідше включаю радіо, телевізор;
в) я не стежу за подіями, що відбуваються в світі;
г) я втратив інтерес до життя.
6. а) як правило, я спокійний;
б) буває, що я нервую;
в) я незадоволений собою, та й інші люди дратують мене;
г) мені все стало байдуже.
7. а) я із задоволенням згадую прожиті роки;
б) у моєму минулому були епізоди, які не хочеться згадувати;
в) я соромлюся допущених у минулому помилок;
г) минуле тепер мстить мені за здійснені проступки.
8. а) любов робить моє життя яскравішим і цікавішим;
б) любов – складне почуття, не кожному воно “по плечу”;
в) любов приносила мені лише засмучення;
г) я не гідний любові.
9. а) я сплю спокійно та прокидаюся повністю бадьорим;
б) прокинувшись, я не завжди відчуваю себе бадьорим;
в) мені буває важко заснути через “непрошені” думки, що снують у моїй голові;
г) я страждаю від безсоння.

10. а) у мене цікава робота;
б) моя робота не дуже цікава, але потрібна людям;
в) я збираюся змінити роботу, а можливо, і професію;
г) останнім часом я “примушую” себе ходити на роботу.
11. а) свої проблеми я вирішую без особливих зусиль;
б) деякі проблеми вимагають від мене великих зусиль;
в) майже будь-яка проблема для мене – нерозв’язна задача;
г) я заплутався в своїх проблемах, не можу вирішити жодної.
12. а) здається, у мене перспективне майбутнє;
б) моє майбутнє здається мені вельми невизначеним;
в) майбутнє лякає мене;
г) моє майбутнє здається мені безрадісним.
13. а) у мене склалися добрі стосунки з оточуючими;
б) з деякими людьми в мене стосунки не склалися;
в) багато хто ставиться до мене вороже;
г) мені здається, що всі – проти мене.
14. а) я практично здоровий;
б) у мене не було серйозних хвороб або травм;
в) моє здоров’я підірване хворобами, важкими травмами;
г) мені вже пізно піклуватися про здоров’я.
15. а) у мене різноманітні інтереси та захоплення;
б) є проблеми, якими я цікавлюся всерйоз;
в) більше за все мене цікавить, що про мене думають люди;
г) я втратив інтерес навіть до самого себе.
16. а) звичайно я цілком задоволений собою;
б) я далеко не завжди буваю задоволений собою;
в) часто я собі “не подобаюся”;
г) я себе ненавиджу.
17. а) моє життя складається вдало;
б) моє життя не позбавлене труднощів;
в) мені зараз живеться важко;
г) моє життя здається мені нестерпним.
18. а) до мене часто звертаються за допомогою;
б) упевнений, що у “важку хвилину” мені допоможуть;
в) часом я не знаю, куди звернутися за допомогою;
г) мені вже ніхто не допоможе.
19. а) відчуваю себе здоровим, повним сил;
б) мене непокоїть зниження працездатності;
в) у мене – занепад сил, я не справляюся...;

- г) моя смерть “не за горами”.
20. а) я маю чим заповнити вільний час;
б) часом я не знаю, чим заповнити вільний час;
в) на мене “навалилося” зараз стільки проблем, що мені не до розваг;
г) зараз я не в змозі що-небудь робити, навіть те, що раніше приносило мені задоволення.
21. а) я живу спокійним, розміреним життям;
б) я дотримуюся правила: хочеш жити – умій вертітися;
в) я здатний вчинити щось таке, що здивує інших;
г) часом я сам не знаю, що зроблю через хвилину.
22. а) я задоволений ситуацією, що склалася;
б) бувають ситуації і краще;
в) зараз склалася досить погана ситуація;
г) я знаходжуся в такій ситуації, що гірше не буває.
23. а) секс приносить мені задоволення;
б) тепер секс цікавить мене менше;
в) секс мені не цікавий, від нього лише прикрощі;
г) у моєму становищі безглуздо навіть думати про секс.
24. а) у мене ніколи не було проблем через алкоголь;
б) алкоголь допомагає мені розслабитися, зняти напруження;
в) алкоголь – джерело багатьох моїх проблем;
г) навіть випивка не допомагає мені забутися.
25. а) я не перестаю вчитися, працювати над собою;
б) життя часом дає гіркі уроки, залишається лише вчитися на них;
в) допущені мною помилки так мене нічому й не навчили;
г) мені вже пізно вчитися.
26. а) у мене “легкий” характер;
б) я не дуже товариська людина;
в) у моєму характері є серйозні вади;
г) я погана, нікчемна людина.
27. а) я розраховую прожити довге життя;
б) упевнений, що я проживу ще не один десяток років;
в) я сподіваюся протягти ще років 8 – 10;
г) я скоро помру.
28. а) вважаю, що я маю великий авторитет;
б) багато хто прислухається до моєї думки;
в) на мене мало хто зважає;

- г) я нічого не означаю в цьому житті.
29. а) я веду правильний, здоровий спосіб життя;
 б) я не дуже піклуюся про своє здоров'я;
 в) я давно “занедбав” своє здоров'я;
 г) я відчуваю себе “руїною”.
30. а) я заробляю цілком достатньо, щоб ні в чому собі не відмовляти;
 б) мого заробітку “на життя” вистачає;
 в) через нестачу грошей я вимушений відмовляти собі багато в чому;
 г) я відмовляю собі навіть у найнеобхіднішому.

“Ключ”

Опитувальник складається з 5 шкал:

1. Задоволення собою, своїм психічним станом;
2. Задоволення ситуацією, її динамікою;
3. Задоволення сферою міжособистісних стосунків;
4. Задоволення своїм функціональним станом;
5. Задоволення життєдіяльністю.

Кожна шкала складається з 6 пунктів:

1. Пункти № 1, 6, 11, 16, 21, 26;
2. Пункти № 2, 7, 12, 17, 22, 27;
3. Пункти № 3, 8, 13, 18, 23, 28;
4. Пункти № 4, 9, 14, 19, 24, 29;
5. Пункти № 5, 10, 15, 20, 25, 30.

У кожному пункті передбачено 4 варіанти відповіді на вибір: а, б, в, г, яким відповідають бали – 0, 1, 2, 3.

Таким чином, сумарна оцінка за кожною шкалою може змінюватися від 0 (всі відповіді “а”) до 18 (всі відповіді “г”) балів.

При інтерпретації враховується така градація:

0 – 3 бали – недостовірний результат через ігнорування реальних проблем, інфантилізм;

4 – 6 балів – успішна адаптація, відсутність серйозних проблем або їх успішне вирішення;

7 – 9 балів – рівень “нормального” напруження без загрози здоров'ю та благополуччю особистості, якщо таке напруження не є хронічним;

10 – 12 балів – субекстремальна напружена ситуація, що загрожує виснаженням, незадоволенням життям. Є необхідність у психологічній консультації;

13 – 15 балів – скрутна життєва ситуація. Є необхідність у психологічній допомозі, психотерапії;

16 – 18 балів – ситуація життєвої кризи. Є загроза самогубства; необхідна невідкладна психологічна або навіть психіатрична допомога.

На особливу увагу заслуговують особи, в психологічному профілі яких є “піки” більше 13 балів, сума балів за всіма шкалами більше 45, є відповіді з кодом “Г”.

3.1.13. Шкала безнадійності (Hopelessness Scale) (А.Т. Beck et al., 1974)

Мета – вираженість негативного ставлення по відношенню до суб’єктивного майбутнього [40].

Шкала безнадійності Бека (англ. Beck Hopelessness Inventory, скор. ВНІ) – шкала, яка вимірює вираженість негативного ставлення по відношенню до суб’єктивного майбутнього в дорослих та підлітків. Шкала була розроблена А. Беком і групою його співробітників у Центрі когнітивної терапії Медичної школи університету Пенсільванії (США).

Теоретичні основи. В основі цього поняття, як теоретичного конструкту, лежить когнітивна теорія психічних процесів, зокрема, про депресію як наслідок когнітивних помилок. При розробленні шкали автори дотримувалися концепції Stotland, у рамках якої безнадійність розглядається як система когнітивних схем, загальною ознакою яких є негативне забарвлення очікувань щодо найближчого та віддаленого майбутнього. Індивіди з високими показниками безнадійності вірять:

- що все в їхньому житті буде йти не так;
- що вони ніколи ні в чому не досягнуть успіху;
- що вони не досягнуть своїх цілей;
- що їхні найгірші проблеми ніколи не будуть вирішені.

Такий опис безнадійності відповідає третьому компоненту негативної тріади когнітивної моделі депресії Бека, згідно з якою

депресивний стан визначають негативний образ себе, негативний образ свого функціонування в сьогоденні та негативний образ майбутнього.

Практичне значення. Шкала безнадійності Бека вимірює вираженість негативного ставлення суб'єкта до власного майбутнього. Особливою цінністю цієї методики є непрямий індикатор суїцидального ризику в пацієнтів, які страждають на депресію, а також у людей, які раніше вже намагалися здійснити самогубство.

Шкала безнадійності Бека є одним із найзастосовуваніших опитувальників, який заповнюється самостійно. Вона складається з 20 пунктів, кожен із яких оцінюється за принципом “вірнo-невірнo”. Таким чином, теоретично сума балів коливається від 0 до 20, досліджувані із сумою 10 балів і вище схильні до високого ризику суїциду. Проте, навіть при показниках у 17 балів і вище, надзвичайно висока ймовірність помилкової позитивної оцінки.

Внутрішня валідність шкали є дуже високою, що свідчить про надмірність деяких пунктів. Айш і Вассерман, використовуючи факторний аналіз, показали, що ключовим твердженням шкали безнадійності Бека є: “Моє майбутнє уявляється мені похмурим”. Шкала містить 11 пунктів, близьких цьому ключовому твердженню, які вимірюють нездатність подолання життєвого стресу. Решта – 9 пунктів, – навпаки, оцінюють здатність справлятися з ним.

Зовнішня валідність (відповідність іншим шкалам) шкали безнадійності Бека (в якій позитивні пункти позначені як “невірнo”, а негативні – “вірнo”) показує високу кореляцію зі Шкалою депресії Бека.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Нижче наводиться 20 тверджень про Ваше майбутнє. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження та оберіть одне, вірне, яке найбільш точно відображає Ваші почуття в даний момент. Обведіть колом слово ВІРНО, якщо Ви згодні з твердженням, або слово НЕВІРНО, якщо не згодні. Серед тверджень немає правильних або неправильних. Будь ласка, зробіть свій вибір (обведіть ВІРНО або НЕВІРНО) для всіх тверджень. Не витрачайте занадто багато часу на одне твердження.

№з/п	Варіанти відповідей		Твердження
	вірнo	невірнo	
01	вірнo	невірнo	Я чекаю майбутнього з надією та ентузіазмом
02	вірнo	невірнo	Мені пора здатися, оскільки я нічого не можу змінити на краще
03	вірнo	невірнo	Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди
04	вірнo	невірнo	Я не можу уявити, на що буде схоже моє життя через 10 років
05	вірнo	невірнo	У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися
06	вірнo	невірнo	У майбутньому, я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається
07	вірнo	невірнo	Майбутнє уявляється мені в п'їтьмі
08	вірнo	невірнo	Я сподіваюся отримати в житті більше доброго, хорошого, ніж пересічна людина
09	вірнo	невірнo	У мене немає ніяких просвітів і немає причин вірити, що вони з'являться в майбутньому
10	вірнo	невірнo	Мій минулий досвід добре підготував мене до майбутнього
11	вірнo	невірнo	Все, що я бачу попереду – швидше неприємності, ніж радості

12	вірно	невірно	Я не сподіваюся досягти того чого дійсно хочу
13	вірно	невірно	Коли я заглядаю в майбутнє, я сподіваюся бути щасливішим, ніж я є зараз
14	вірно	невірно	Справи йдуть не так, як мені хочеться
15	вірно	невірно	Я дуже вірю в своє майбутнє
16	вірно	невірно	Я ніколи не досягаю того, що хочу, тому безглуздо чогось хотіти
17	вірно	невірно	Досить мало ймовірно, що я отримаю реальне задоволення в майбутньому
18	вірно	невірно	Моє майбутнє здається мені дуже туманним і невизначеним
19	вірно	невірно	У майбутньому мене чекає більше хороших днів, ніж поганих
20	вірно	невірно	Марно намагатися отримати те, що я хочу, оскільки, ймовірно, я не доб'юся цього

Обробка та інтерпретація результатів

№з/п	Відповідь	Бал	№з/п	Відповідь	Бал
1	невірно	1	11	вірно	1
2	вірно	1	12	вірно	1
3	невірно	1	13	невірно	1
4	вірно	1	14	вірно	1
5	невірно	1	15	невірно	1
6	невірно	1	16	вірно	1
7	вірно	1	17	вірно	1
8	невірно	1	18	вірно	1
9	вірно	1	19	невірно	1
10	невірно	1	20	вірно	1

Максимальний рахунок – 20 балів:

0–3 бала – безнадійність не виявлена;

4–8 балів – легка безнадійність;

9–14 балів – помірна безнадійність;

15–20 балів – безнадійність важка.

3.1.14. Методика визначення суїцидально спрямованості (Особистісний опитувальник індивідуальної суїцидальної спрямованості) ІСС

Мета – виявлення суїцидально небезпечних установок.

Цей опитувальник складено як орієнтовну методику для виявлення суїцидально небезпечних установок.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Уявіть собі, що все почуєте Вами далі, сказане від Вашого імені людиною, яка давно й добре Вас знає. Дещо зі сказаного – вірно, підходить Вам, а дещо – не вірно, тобто з цим твердженням Ви не згодні. На бланку відповідей відзначте твердження, з яким Ви згодні, знаком “+” навпроти відповідного номеру твердження, а те, з яким Ви не згодні, – знаком “-”. Якщо Ви не можете або не хочете відповісти, обведіть номер твердження кружечком. Будьте уважні, завдання виконується за обмежений час. Слідкуйте за тим, щоб номер відповіді збігався з номером твердження. Намагайтеся довго не міркувати. Зазвичай те, що спочатку приходить у голову, є найбільш точною відповіддю”.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.
71.	72.	73.	74.						

Текст опитувальника

(будьте уважні та обережні, дотримуйтеся інструкції)

1. Я уважно вислухав інструкцію та готовий відверто відповісти на всі питання.
2. Я часто легко відволікаюся від справи, стаю розсіяним і мрійливим.
3. Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.
4. Іноді я можу похвалитися.
5. У мене часто буває веселий настрій.
6. Мене часто охоплюють сумні думки.
7. Я люблю спілкування з людьми.
8. Нерідко відчуваю, що у мене німіють або холонуть руки та ноги.
9. Я швидко забуваю про прикромці.
10. Іноді відчуваю стук у скронях та пульсацію в ділянці шиї.
11. Я люблю розважатись у веселій компанії.
12. У моїй родині є нервові люди.
13. Буває, що я з упевненістю кажу про речі, в яких мало розуміюся.
14. Часом відчуваю себе безпорадним.
15. У мене багато хороших знайомих.
16. У мене часто болить голова.
17. Я майже завжди рухливий і активний.
18. Якщо я сидів, а потім різко встав, то в мене темніє в очах і паморочиться в голові.
19. Іноді я посилаюся на хворобу, щоб уникнути неприємностей.
20. Буває, що я проявляю інтерес до заборонених тем.
21. У мене часто бувають напади поганого настрою.
22. Мої друзі дивуються моїй працездатності й невтомності.
23. Я людина чутлива й емоційна.
24. Усі проблеми в житті можна розв'язати.
25. У мене бувають напади тремтіння.
26. Я люблю розповідати анекдоти та веселі історії.
27. Часом мені хотілося назавжди піти з дому.
28. Я часто хвилююся через дрібниці.
29. У своє виправдання я іноді щось вигадую.

30. Іноді раптом увесь покриваюся потом.
31. Буває, що я не виконую своїх обіцянок.
32. Часом мені здається, що я ні на що не годжуся.
33. Не всі мої знайомі мені подобаються.
34. Часто в мене немає апетиту.
35. Легко можу розвеселити найнуднішу компанію.
36. Звички деяких членів сім'ї мене дратують.
37. Я легко знаходжу тему для розмови навіть із незнайомою людиною.
38. Мені здається, що я постійно перебуваю в якійсь напрузі й мені важко розслабитися.
39. Часто мені хочеться вмерти.
40. Мене вважають людиною веселою й товариською.
41. Я все сприймаю близько до серця.
42. У мене часто виникають болі у верхній частині живота (під грудьми) та різні неприємні відчуття в животі.
43. Я завжди готовий поговорити як зі знайомими людьми, так і з незнайомими.
44. Якщо я чимось сильно схвилюваний або роздратований, то відчуваю це ніби всім тілом.
45. Я багато мрію, але нікому про це не розповідаю.
46. Іноді я сповнений енергії так, що все горить у моїх руках, а іноді – зовсім млявий.
47. Я не завжди кажу правду.
48. На спір я можу зробити все, що завгодно.
49. Я так гостро переживаю неприємності, що довго не можу викинути з голови думки про це.
50. Я часто відчуваю себе млявим і втомленим.
51. Я люблю жартувати над іншими.
52. Критика та зауваження завжди дуже чіпляють мене.
53. Мені часто сняться жахи.
54. Я здатний дати волю почуттям і повеселитися в компанії.
55. Іноді без явної причини відчуваю себе млявим і пригніченим.
56. У мене часто буває безсоння.
57. Іноді я переповідаю чутки й плітки.
58. Я до всього ставлюся досить легко.

59. Майже щодня думаю про те, наскільки б я краще жив, якби мене не переслідували невдачі.
60. Я – впевнена в собі людина.
61. Мене часто турбує почуття провини.
62. Я хожу швидко.
63. Нерідко бувають ситуації, коли легко втратити надію на успіх.
64. Часто мені не спиться через те, що в голову лізуть різні думки.
65. Мені здається, що інші часто сміються наді мною.
66. Я – людина безтурботна.
67. Іноді в мене бувають такі думки, яких потрібно соромитися.
68. У мене часто буває сильне серцебиття.
69. Навіть серед людей я відчуваю себе самотнім.
70. Іноді я багато балакаю і мені важко зупинитися.
71. Мені постійно потрібні друзі, які мене розуміють, можуть підбадьорити, втішити.
72. Іноді я відмовляюся від розпочатої справи, бо не вірю в свої сили.
73. У мене бувають періоди, коли мене дуже дратує яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум, хоча на інших людей це так не діє.
74. У мене є погані звички.

“Ключ”

Загальна кількість шкал у опитувальнику – 4, кількість тверджень – 74.

Кожна позитивна відповідь по кожній шкалі на нижчезазначені твердження оцінюється в 1 бал.

1. Шкала “Щ” (щирості): 4, 13, 20, 29, 31, 33, 47, 57, 67, 74.

2. Шкала “Д” (депресивності): 2, 6, 12, 14, 19, 21, 27, 28, 32, 36, 39, 41, 45, 49, 52, 55, 59, 63, 65, 69, 72.

3. Шкала “Н” (невротизації): 3, 8, 10, 16, 18, 23, 25, 30, 34, 38, 42, 44, 46, 50, 53, 56, 61, 64, 68, 71, 73.

4. Шкала “К” (комунікабельності): 5, 7, 9, 11, 15, 17, 22, 24, 26, 35, 37, 40, 43, 48, 51, 54, 58, 60, 62, 66, 70.

1 шкала “Щ” – шкала щирості. Визначає достовірність результатів. 8-10 балів означають високий рівень щирості

відповідей; 4-7 балів – середній рівень; 0-3 бали – свідчать про низький рівень щирості відповідей, орієнтацію лише на соціальне схвалення, дослідження визнається недостовірним.

2 шкала “Д” – шкала депресивності. Визначає рівень схильності до депресивного стану. 17-21 бал – високі оцінки, відповідають наявності цих ознак в емоційному стані, у поведінці, у ставленні до себе, до соціального оточення. 8-16 балів – середній рівень, 1-7 балів – низький рівень депресивності.

3 шкала “Н” – шкала невротизації. Визначає рівень невротизації. 17-21 бал – високі оцінки, можуть відповідати невротическому синдрому, що виявляється в емоційній нестійкості, тривожності. 8-16 балів – середній рівень, 1-7 балів – низький рівень

4 шкала “К” – шкала комунікабельності. Визначає рівень розвитку комунікабельності. 17-21 бал – високий рівень комунікабельності; 8-16 балів – середній рівень; 1-7 балів – низький рівень. Низький рівень комунікабельності в поєднанні з високими показниками депресивності та невротизації може означати суїцидально небезпечну установку досліджуваного до ступеня “пасивної згоди на смерть”.

3.1.15. Опитувальник Г. Айзенка “Самооцінка психічних станів особистості”

Мета – діагностика психічних станів – таких, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність, методом самооцінки.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Нижче наведено ряд тверджень. Будь ласка, прочитайте уважно кожне з них і навпроти номера твердження у відповідній клітинці реєстраційного бланка обведіть кружечком варіант відповіді, який Вам підходить”.

№ з/п	ТВЕРДЖЕННЯ	Згоден	Не в повній мірі згоден	
			Не в повній мірі згоден	Не згоден
1	Не відчуваю в собі впевненості.	2	1	0
2	Часто через дрібниці червонію.	2	1	0
3	Мій сон неспокійний.	2	1	0
4	Легко впадаю у відчай.	2	1	0
5	Турбуюся навіть про уявні неприємності.	2	1	0
6	Мене лякають труднощі.	2	1	0
7	Люблю “копатися” в своїх недоліках.	2	1	0
8	Мене легко переконати.	2	1	0
9	Я недовірливий.	2	1	0
10	Я насилу переношу час очікування.	2	1	0
11	Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, з яких можна знайти вихід.	2	1	0
12	Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом.	2	1	0
13	При великих неприємностях я схильний без достатніх підстав звинувачувати себе.	2	1	0
14	Нещастя та невдачі нічому мене не вчать.	2	1	0
15	Я часто відмовляюся від боротьби, вважаючи її безплідною.	2	1	0
16	Я нерідко відчуваю себе беззахисним.	2	1	0
17	Іноді в мене буває стан відчаю.	2	1	0
18	Я відчуваю розгубленість перед труднощами.	2	1	0
19	У важкі хвилини життя іноді поводжуся подитячому, хочу, щоб мене пожаліли.	2	1	0
20	Вважаю недоліки свого характеру невинними.	2	1	0
21	Залишаю за собою останнє слово.	2	1	0
22	Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника.	2	1	0
23	Мене легко розсердити.	2	1	0
24	Полюбляю робити зауваження іншим.	2	1	0

25	Хочу бути авторитетом для інших.	2	1	0
26	Я не задовольняюся малим, хочу щонайбільшого.	2	1	0
27	Коли знаходжуся в стані гніву, погано себе стримую.	2	1	0
28	Віддаю перевагу керувати, ніж підкорятися.	2	1	0
29	У мене різка, грубувата жестикуляція.	2	1	0
30	Я мстивий.	2	1	0
31	Мені важко змінювати звички.	2	1	0
32	Мені нелегко переключати увагу.	2	1	0
33	Дуже насторожено ставлюся до всього нового.	2	1	0
34	Мене важко переконати.	2	1	0
35	Нерідко в мене не виходить з голови думка, від якої слід було б звільнитися.	2	1	0
36	Нелегко зближуюся з людьми.	2	1	0
37	Мене засмучують навіть незначні порушення плану.	2	1	0
38	Нерідко я проявляю впертість.	2	1	0
39	Неохоче йду на ризик.	2	1	0
40	Важко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня.	2	1	0

Обробка та інтерпретація результатів

Якщо певний стан спостерігається часто, ставиться 2 бали, якщо цей стан буває, але зрідка, то ставиться 1 бал, якщо зовсім не буває – 0 балів. Оброблення результатів включає в себе: підрахунок суми балів по кожній частині запитань; оцінку та інтерпретацію балів.

- I. 1...10 запитання – тривожність;
- II. 11... 20 запитання – фрустрація;
- III. 21...29 запитання – агресивність;
- IV. 31...40 запитання – ригідність.

Досліджувані, що отримали оцінку 0-7 балів, характеризуються низьким рівнем прояву тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності. Ті, хто набрав 8-14 балів, мають середній

рівень проявів. Для досліджуваних, які набрали 15-20 балів, характерний високий рівень прояву тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності.

I. Тривожність:

- 0-7 балів – тривожність відсутня;
- 8-14 балів – тривожність середня, допустимого рівня;
- 15-20 балів – висока тривожність.

II. Фрустрація:

- 0-7 балів – респондент має високу самооцінку, стійкий до невдач, не боїться труднощів, має низький рівень фрустрації;
- 8-14 балів – середній рівень, фрустрація має місце;
- 15-20 балів – низька самооцінка, уникає труднощів, боїться невдач, високий рівень фрустрації.

III. Агресивність:

- 0-7 балів – спокійний, витриманий;
- 8-14 балів – середній рівень агресивності;
- 15-20 балів – агресивний, не витриманий, є труднощі при спілкуванні й роботі з людьми.

IV. Ригідність:

- 0-7 балів – ригідність відсутня, легка переключаємість;
- 8-14 балів – середній рівень;
- 15-20 балів – сильно виражена ригідність, незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці життя.

3.1.16. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К. Яхін, Д. Менделевич)

Мета – виявлення та оцінка невротичних станів у військовослужбовців [24].

Рєєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується 68 питань. Оцініть свій поточний стан по кожному питанню за п’ятибальною системою

(5 балів – ніколи не було, 4 бали – рідко, 3 бали – іноді, 2 бали – часто, 1 бал – постійно або завжди”).

№ з/п	Запитання	Постійно або завжди	Часто	Іноді	Рідко	Ніколи не було
1	Ваш сон поверхневий та неспокійний.					
2	Чи відчули Ви, що стали більш повільним та в'ялим, знесиленим?					
3	Ви відчуваєте себе після сну втомленим і “розбитим” (невідпочившим)?					
4	У Вас поганий апетит?					
5	У Вас бувають відчуття тиску в грудях та нестачі повітря при хвилюваннях або розладах?					
6	Вам важко буває заснути, якщо Вас щонебудь тривожить?					
7	Чи відчуваєте Ви себе пригніченим?					
8	Чи відчуваєте Ви в себе підвищену стомлюваність, втому?					
9	Чи відчуваєте Ви, що звична для Вас діяльність дається Вам із труднощами та потребує більших зусиль?					
10	Чи відмічаєте Ви, що стали більш неуважним: забуваєте куди поклали якусь річ або не можете згадати, що зараз збиралися робить?					
11	Вас тривожать нав'язливі спогади?					
12	Чи буває у Вас відчуття якого-небудь неспокою (нібито щось повинно трапитися), хоча немає особливих причин?					
13	У Вас виникає страх захворіти тяжкою хворобою (рак, інфаркт, психічне захворювання тощо)?					

14	Ви не можете стримувати сльози та плачете?					
15	Чи помітили Ви, що потреба в інтимних стосунках для Вас стала меншою або навіть стала Вас тривожити?					
16	Ви стали більш роздратованим?					
17	Чи виникає у Вас думка, що у Вашому житті мало радості та щастя?					
18	Чи помічаєте Ви, що стали якимсь байдужим, немає звичних інтересів та хобі?					
19	Чи перевіряєте Ви багатократно такі дії: чи виключили газ, воду, електрику, закрили двері тощо?					
20	Чи турбує Вас біль або неприємні відчуття в ділянці серця?					
21	Чи виникають у Вас такі проблеми з серцем, що Вам доводиться приймати ліки або навіть викликати лікаря?					
22	Чи буває у Вас дзвін у вухах або мерехтіння в очах?					
23	Чи бувають у Вас випадки частого серцебиття?					
24	Ви такі чутливі, що гучні звуки, яскраве світло та яскраві кольори дратують Вас?					
25	Чи відчуваєте Ви поколювання, повзання “мурах”, відсутність чутливості або інші неприємні відчуття в пальцях рук та ніг або в тулубі?					
26	Чи бувають у Вас періоди, коли при хвилюванні Ви навіть не можете всидіти на місці?					
27	Наприкінці роботи Ви так сильно втомлюєтеся, що Вам необхідно відпочити перед тим, як розпочати іншу справу?					
28	Чи тривожить та нервує Вас очікування чогось?					

29	Чи крутиться у Вас голова та темніє в очах, коли Ви різко встаєте або нахиляєтеся?					
30	Чи погіршується Ваше самопочуття при зміні погоди?					
31	Ви помічали, як у Вас мимоволі посмикуються голова та плечі або повіки, особливо коли Ви хвилюєтеся?					
32	У Вас бувають жахливі сни?					
33	Ви відчуваєте тривогу та занепокоєння за кого-небудь чи за що-небудь?					
34	Чи відчуваєте Ви спазм у горлі при хвилюванні?					
35	Чи буває у Вас відчуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не хоче Вас зрозуміти та поспівчувати, і Ви відчуваєте себе самотнім?					
36	Чи відчуваєте Ви труднощі при ковтанні їжі, особливо коли хвилюєтесь?					
37	Чи звертали Ви увагу на те, що руки або ноги у Вас знаходяться в нервовому русі?					
38	Чи тривожить Вас те, що Ви не можете звільнитися від нав'язливих думок, що постійно повертаються?					
39	Чи легко Ви пітнієте при хвилюванні?					
40	Чи буває у Вас страх лишатися наодинці в порожній квартирі?					
41	Чи відчуваєте Ви в себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?					
42	Чи буває у Вас запаморочення або нудота наприкінці робочого дня?					
43	Чи погано Ви переносите транспорт (Вас “закачує” і Вам стає дурно)?					
44	Чи холодні (мерзнуть) у Вас ноги та руки в теплу погоду?					
45	Вас легко образити?					

46	У Вас бувають нав'язливі сумніви щодо вірності Ваших вчинків та рішень?					
47	Чи вважаєте Ви, що Ваша праця на роботі або вдома недостатньо оцінюється оточуючими?					
48	Чи часто Вам хочеться побути наодинці?					
49	Чи помічаєте Ви, що Ваші близькі ставляться до Вас байдуже та навіть неприязно?					
50	Чи відчуваєте Ви себе скуто або невпевнено серед людей?					
51	Чи буває у Вас головний біль?					
52	Чи помічаєте Ви, як пульсує кров у судинах, особливо коли Ви хвилюєтесь?					
53	Чи здійснюєте Ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляєте одяг, пригладжуєте волосся та ін.)?					
54	Чи легко ви червонієте або стаєте блідим?					
55	Чи покриваються Ваше обличчя, шия або груди червоними плямами при хвилюванні?					
56	Чи виникає у Вас на роботі думка, що з Вами щось може неочікувано трапитись і Вам не встигнуть надати допомогу?					
57	Чи виникають у Вас біль або неприємні відчуття в ділянці шлунка, коли Ви хвилюєтесь?					
58	Чи виникають у Вас думки, що Ваші подруги (друзі) або близькі більш щасливі, ніж Ви?					
59	Чи виникають у Вас закрепи або проноси?					
60	Чи буває у Вас нудота чи відрижка, коли Ви хвилюєтесь?					

61	Чи довго Ви роздумуєте перед тим, як прийняти рішення?					
62	Чи легко змінюється Ваш настрій?					
63	Чи з'являється у Вас свербіння шкіри або висипання при нервових розладах?					
64	Чи втрачали Ви голос або чутливість у руках та ногах після сильного хвилювання?					
65	Чи є у Вас підвищене виділення слизу з рота?					
66	Чи буває так, що Ви не можете наодинці перейти вулицю, відкриту площу?					
67	Чи буває так, що у Вас виникає сильне почуття голоду, а розпочавши їсти, швидко насичуєтесь?					
68	Чи виникає у Вас почуття, що в багатьох неприємностях винні Ви самі?					

Обробка результатів

Проставлені військовослужбовцями бали переводяться у відповідні діагностичні коефіцієнти по шести діагностичних шкалах: тривоги, невротичної депресії, астенії, істеричного типу реагування, obsесивно-фобічних порушень, вегетативних порушень.

Шкала тривоги

№з/п	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Шкала невротичної депресії

№з/п	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Шкала астенії

№з/п	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Шкала obsесивно-фобічних порушень

№з/п	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала істеричного типу реагування

№з/п	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42

Шкала вегетативних порушень

№з/п	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,044	0	0,78	0,45
44	-1,51	-0,57	0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	0,55	0,18	0,4

Інтерпретація результатів

Діагностичні коефіцієнти по шести шкалах підсумовуються. Інтерпретація показників здійснюється таким чином: $> +1,28$ – відповідає рівню здоров'я; $< -1,28$ – відповідає хворобливому характеру розладів, що виявляються.

3.2. Проективний метод дослідження суїцидальної поведінки

Особливість проективного методу полягає в побудові суїцидентами на базі неструктурованого стимульного матеріалу, заданого діагностом-психологом суб'єктивного образу, який виражає свідомі та несвідомі аспекти їх психіки.

Проективні методики є специфічною неоднорідною групою психодіагностичних прийомів клінічної орієнтації, що дозволяють прогнозувати індивідуальний стиль поведінки, переживання та афективного реагування в значущих ситуаціях, виявляти неусвідомлювані аспекти особистості.

Необхідно враховувати класичне застереження при використанні проективних методик: “не слід беззастережно довіряти отриманим даним та намагатися будувати на їх основі однозначний діагноз”.

Проективні методики доцільно використовувати не для встановлення діагнозу, а для формулювання гіпотез, що підлягають перевірці суб'єктивними методиками [9].

Проблема прогнозування ризику самогубства є однією з найбільш чутливих сфер психіатрії. З одного боку, опитувальники й тести розроблені та зарекомендували себе непогано як допоміжні засоби діагностики. З іншого боку, за бажанням людина, яка обстежується, може легко спотворити результати, відповідаючи на питання недостатньо щиро або свідомо нещиро.

Використання проективних тестів вирішило б проблему оцінки суїцидального ризику, але й тут є труднощі, які пов'язані з інтерпретацією результатів і репрезентативністю методів, які пропонуються. Найбільш відомі проективні методи, здатні надати

прийнятний рівень прогнозування суїцидального ризику, – це тести С. Розенцвейга, Г. Роршаха, Г. Мюррея і К. Моргана.

В основі тесту Розенцвейга – теорія фрустрації й агресії, суть якої полягає в поділі людей на кілька типів залежно від спрямованості їх агресії. Так само, як і в Тематичному апперцептивному тесті (ТАТ), в тесті Розенцвейга в якості стимульного матеріалу використовуються малюнки, на яких зображені персонажі у фрустрованій ситуації [38; 20].

Показники тесту відображають не стільки структурні особистісні утворення, скільки індивідуальні динамічні характеристики поведінки. Саме з цієї причини тест не знайшов застосування в психопатологічній діагностиці, однак виявив задовільну здатність оцінки ризику самогубства. За даними В. Руженкова та співавторів [39], найбільш часто в суїцидентів фіксуються екстрапунітивні типи реагування з фіксацією на перешкоді та самозахисті.

Можливості щодо прогнозування ризику самогубства тесту Розенцвейга наводять і в інших роботах. Так, за даними Ж. Демченка і Н. Сюріс [8] у більшості осіб, схильних до аутоагресії, в тесті Розенцвейга фіксується збільшення реакцій самозахисту і, в меншій мірі, фіксуються перешкодно-домінантні реакції. В той же час, саме суїцидальний ризик цей тест не вимірює, до того ж, його застосування потребує часу, що значно ускладнює ведення експрес-скринінгу.

Тест ТАТ, розроблений ще на початку 30-х років минулого століття, використовує в якості стимульного матеріалу чорно-білі фотографічні зображення людей у різних ситуаціях. Досліджуваним пропонується скласти на підставі цих зображень сюжетні розповіді. Існує кілька модифікацій ТАТ, кожна з яких має свої переваги та недоліки. Як і тест Розенцвейга, ТАТ не дозволяє зробити безпосередню оцінку ризику здійснення самогубства та вимагає часу для проведення й подальшого оброблення результатів [21].

У тесті Роршаха стимульний матеріал представлений стандартними таблицями з чорно-білими та кольоровими

аморфними зображеннями. Досліджувані на свій розсуд описують ці малюнки [37]. На підставі різних аспектів відповіді досліджуваного, експериментатор, залежно від обраної школи інтерпретації цього тесту, дає оцінку учаснику дослідження за багатьма параметрами особистісних характеристик. В одному з підходів, визначених як інтеграційна система, пропонується включати більше 90 змінних, які описують психологічне функціонування досліджуваного. Серед численних шкал та індексів методу Роршаха виділяється індекс – “суїцидальне сузір’я”. Автори вважають, що якщо значення за цією суїцидальною шкалою у досліджуваного досягає критичного рівня (понад 7 балів), то це говорить про те, що досліджуваний або раніше робив спроби сагобубства, або найближчим часом (протягом 2 місяців) із великим ступенем ймовірності здійснить суїцид [2].

Спроби класифікувати проєктивні методики здійснювалися неодноразово. Серед численних класифікацій широко відомою є класифікація Л. Франкла. Вона містить 8 видів методик:

1. Експресивні, що ґрунтуються на прояві емоцій у діяльності (експресії). До цього виду належать малюнкові методики, коли людина робить зображення на задану тему, наприклад, тест “Неіснуюча тварина”.

2. Імпресивні методики передбачають вибір об’єкта зі стимульного матеріалу (карток або зображень різного змісту). Характер вибору свідчить про той чи інший психічний стан. Як приклад можна привести колірний особистісний тест М. Люшера, що базується на виборі кольору з кількох запропонованих.

3. Конститутивні методики, в яких досліджуваним пропонується наділити сенсом абстрактні зображення. Наприклад, тест плям Роршаха.

4. Інтерпретативні – різноманітні тести, які базуються на тому, що досліджуваний інтерпретує (пояснює) ті чи інші ситуації, зображені на картинках.

5. Конструктивні – це своєрідні конструктори, набори деталей і фігурок, із яких піддослідні створюють осмислені сценки,

а потім розповідають про них. Найчастіше цей вид методик використовується в роботі з дітьми.

6. Катартичні – мають викликати в обстежуваного стан катарсису, що дозволяє розкрити його внутрішні психічні особливості. Своєрідність цих методик ще й у тому, що сама людина, проходячи через процедуру психодіагностики, починає усвідомлювати свої проблеми та шляхи подолання їх. Прикладом може слугувати метод психодрами.

7. Рефрактивні. Оцінка особливостей і стану індивіда здійснюється психологом на підставі мимовільних обмовок, описок, помилок при письмі або неправильно побудованих мовних конструкцій, почерку. Наприклад, для аналізу психологічних проблем підлітків часто використовуються їх твори.

8. Адитивні проєктивні методики (або методики доповнення) – група методик, які передбачають завершення речення, розповіді, історії (незакінчені речення, незакінчені розповіді, асоціативний тест Юнга).

3.2.1. Тематичний апперцептивний тест (ТАТ)

Мета – дослідження рушійних сил особистості – внутрішніх конфліктів, потягів, інтересів та мотивів.

Діагностичні показники: провідні мотиви, стосунки, цінності, афективні конфлікти та їх сфери, способи вирішення конфліктів (позиції, механізми захисту), індивідуальні особливості афективного життя особистості, самооцінка. Деякі фотографії виявляють депресивні та суїцидальні тенденції, підозрілість і приховану агресивність, аж до параної, ставлення до смерті близьких, власні страхи смерті, депресивні тенденції [21].

Проєктивна методика ТАТ розроблена в Гарвардській психологічній клініці в 1935 році. Первинне припущення полягає в тому, що завершуючи або структуруючи незавершену або неструктуровану ситуацію, індивід проявляє в цьому свої прагнення, диспозиції та конфлікти. Наступні 5 припущень пов'язані з визначенням найбільш діагностично інформативних розповідей або їх фрагментів.

Тематичний апперцептивний тест (ТАТ) – це набір з 31 таблиці з чорно-білими фотографічними зображеннями на тонкому білому матовому картоні. Одна з таблиць – чистий білий аркуш. До базового набору для чоловіків входять таблиці 1; 2; 3ВМ; 4; 6ВМ; 7ВМ; 8ВМ; 11; 12М; 13МФ. Базовий набір для жінок складається з таблиць 1; 2; 3ВМ; 4; 6GF; 7GF; 8ВМ; 9GF; 11; 13МФ.

Респонденту, який має ознаки суїцидальної поведінки, рекомендується пред'являти в певному порядку 14 таблиць для чоловіків (1; 2; 3ВМ; 4; 6ВМ; 7ВМ; 8ВМ; 11; 12ВГ; 12М; 13МФ; 14; 15; 16) та 14 таблиць для жінок (1; 2; 3ВМ; 4; 6GF; 7GF; 8ВМ; 9GF; 11; 12ВГ; 13МФ; 14; 16; 17GF) з цього набору. Його завдання полягає в складанні сюжетних розповідей на основі зображеної на кожній таблиці ситуації. Номер картини фіксує її порядкове місце в наборі.

Робота з ТАТ починається з ознайомлення з інструкцією. Респондент зручно сидить, налаштувавшись працювати щонайменше годину-півтори, кілька таблиць (не більше 3-4) лежать наготові зображенням донизу. Інструкція складається з двох частин. Перша частина інструкції повинна озвучуватися по пам'яті, причому два рази поспіль, незважаючи на можливі протести респондента.

Текст першої частини інструкції: “Я буду показувати Вам малюнки, Ви подивитесь на малюнок і, **відштовхуючись від нього**, складете оповіданнячко, сюжет, історію. Намагайтеся запам'ятати, про що потрібно в цьому оповіданнячку згадати. Ви скажете, що це за ситуація, на Вашу думку, що за момент зображено на малюнку, що відбувається з людьми. Крім того, скажете, що було до цього моменту, у минулому по відношенню до нього, ще раніше. Потім скажете, що буде після цієї ситуації потім і в майбутньому. Крім того, треба сказати, що відчувають люди, зображені на малюнку, або хто-небудь з них, їх переживання, емоції, почуття. І ще скажете, що думають люди, які зображені на малюнку, їх міркування, спогади, думки, рішення”.

Цю частину інструкції не можна змінювати (за винятком форми звернення до обстежуваного – на “Ви” чи на “ти”, – яка залежить від конкретних відносин між клієнтом і психологом).

Формула “**відштовхуючись від нього**” важлива у зв'язку з тим, що наша система шкільної освіти привчає нас складати розповіді по малюнкам, тут же завдання принципово інше – НЕ

розшифровувати те, що закладено в зображенні, а, відштовхуючись від нього, уявити щось. Слово “оповіданнячко” навмисно вживається зі зменшувальним суфіксом, щоб зняти асоціації з розповіддю, як літературною формою й, тим самим, зменшити значущість завдання, послабити внутрішню напруженість, яка може виникати в респондента. З цією ж метою дається синонімічний ряд “оповіданнячко, сюжет, історія”. Залежно від своїх індивідуальних особливостей респондент може зв’язати зміст завдання з будь-яким із цих трьох слів, що запобігає ризику неправильного розуміння змісту завдання, можливого в тому випадку, якщо обмежитися будь-яким одним поняттям.

Інструкція містить п’ять моментів, які повинні бути висвітлені в оповіданнях:

- 1) момент (справжнє),
- 2) минуле,
- 3) майбутнє,
- 4) почуття,
- 5) думки.

Багатослівність інструкції та велика кількість сполучних і розділових оборотів мають на меті чітко розмежувати ці 5 моментів, уникаючи при цьому нумерації: “по-перше, по-друге тощо”. Інструкція передбачає можливість вільно варіювати послідовність розповіді. Кожен із цих п’яти моментів також заданий у вигляді синонімічного ряду, що допускає широкий спектр індивідуальних інтерпретацій і тим самим сприяє проекції на зміст оповідань індивідуального образу світу та індивідуальних способів перероблення інформації. Так, наприклад, ряд “до цього моменту, у минулому по відношенню до нього, ще раніше” відкриває можливість говорити як про безпосереднє минуле, що вимірюється годинами або хвилинами, так і про віддалене, навіть історичне минуле. Те ж стосується майбутнього й інших пунктів інструкції. Наприклад, одному нічого не говорить слово “емоції”, зате зрозуміло слово “почуття”, для іншого слово “почуття” належить до чогось піднесеного, при цьому слово “переживання” цілком уживане, для третього ж слово “переживання” обов’язково означає щось конфліктне, болісне, а ось слово “емоції” більш нейтральне. Різні слова мають для різних людей різний особистісний зміст. Вживання синонімічних рядів дозволяє

уникнути зайвої смислової однозначності ситуації для респондента, сприяє тим самим проєкції його власних смислів.

Після повторення двічі першої частини інструкції слід своїми словами та в будь-якому порядку повідомити наступне (друга частина інструкції):

- “правильних” або “неправильних” варіантів не буває, будь-яка розповідь, що відповідає інструкції, буде хорошою;

- розповідати можна в будь-якому порядку. Краще не продумувати заздалегідь всю розповідь, а починати одразу говорити перше, що спаде на думку, а зміни або правки можна зробити пізніше, якщо в цьому буде потреба;

- літературне оброблення не потрібне, літературні якості оповідань оцінюватися не будуть. Головне, щоб було зрозуміло, про що йде мова. Будь-які особисті питання можна буде задати по ходу. Останній пункт не повною мірою відповідає істині, оскільки в дійсності логіка оповідань, лексика тощо належать до числа значущих діагностичних показників.

Після того, як респондент підтвердить, що він зрозумів інструкцію, йому дається таблиця. В тому випадку, якщо якісь із п'яти основних пунктів (наприклад, майбутнє або думки героїв) будуть відсутні в оповіданні респондента, то основну частину інструкції слід повторити ще раз. Те ж саме можна зробити ще раз після другої розповіді, якщо і в ній буде згадано не все. Починаючи з третьої розповіді, інструкція більше не нагадується, а відсутність у розповіді тих чи інших моментів розглядається як діагностичний показник. Якщо респондент буде задавати питання типу “Чи все я сказав?”, то на них слід відповідати: “Якщо Ви вважаєте, що все, то розповідь закінчено, переходьте до наступного зображення. Якщо вважаєте, що ні, і щось потрібно додати, то додайте”. Така конструкція має бути присутня у всіх відповідях психолога на питання респондента: проговорюються всі альтернативи. Інша форма відповіді буде підштовхувати досліджуваного до певного рішення, що є небажаним.

Після закінчення першого та другого оповідання слід запитати в респондента, чи не було інших варіантів. Питання задається обов'язково в минулому часі, щоб обстежуваний не сприйняв його як завдання. Якщо варіанти були, їх слід записати. Після цього варто перепитати про це ще раз, через деякий час, пропустивши кілька оповідань, і вже більше до цього не повертатися.

При поновленні роботи на початку другого сеансу необхідно запитати в респондента, чи пам'ятає він, що потрібно робити, і попросити його повторити інструкцію. Якщо він правильно повторює основні 5 пунктів, то можна починати працювати. Якщо певні моменти все ж таки пропускаються, необхідно нагадати “Ви забули ще ...”, і після цього приступити до роботи, більше не повертаючись до інструкції.

Спеціальні інструкції потрібні при роботі з таблицею 16 (чисте біле поле). Нерідко воно не хвилює респондента, і він без додаткових інструкцій складає повноцінну розповідь. У цьому випадку єдине, що слід зробити – це на закінчення розповіді попросити уявити іншу ситуацію та скласти ще одне оповідання. Коли і воно буде завершено, слід попросити зробити те ж саме в третій раз. Справа в тому, що таблиця 16 виявляє актуально значущі проблеми респондента. Однак у тому випадку, якщо працюють механізми психологічного захисту, що перешкоджають вільному вираженню в цьому оповіданні особистісних проблем, то ця актуальна проблематика в першому сюжеті витісняється, а в другому й особливо в третьому проявляється найбільш яскраво. Якщо захист не настільки сильний, то найбільш інформативним буде перший варіант.

Респондент може після деякої паузи почати абстрактно-філософські роздуми про світло, чистоту тощо. В цьому випадку, коли він закінчить ці міркування, йому слід сказати: “Справа не в тому, що це біле, чисте тощо, а в тому, що Ви можете уявити собі на цьому місці будь-яке зображення, й далі працювати з ним, як з іншими. Що Ви тут уявляєте собі?” Коли респондент опише ситуації, його слід попросити скласти розповідь. Якщо він почне одразу з розповіді, після її закінчення слід попросити респондента описати уявне зображення, яке стало основою для розповіді.

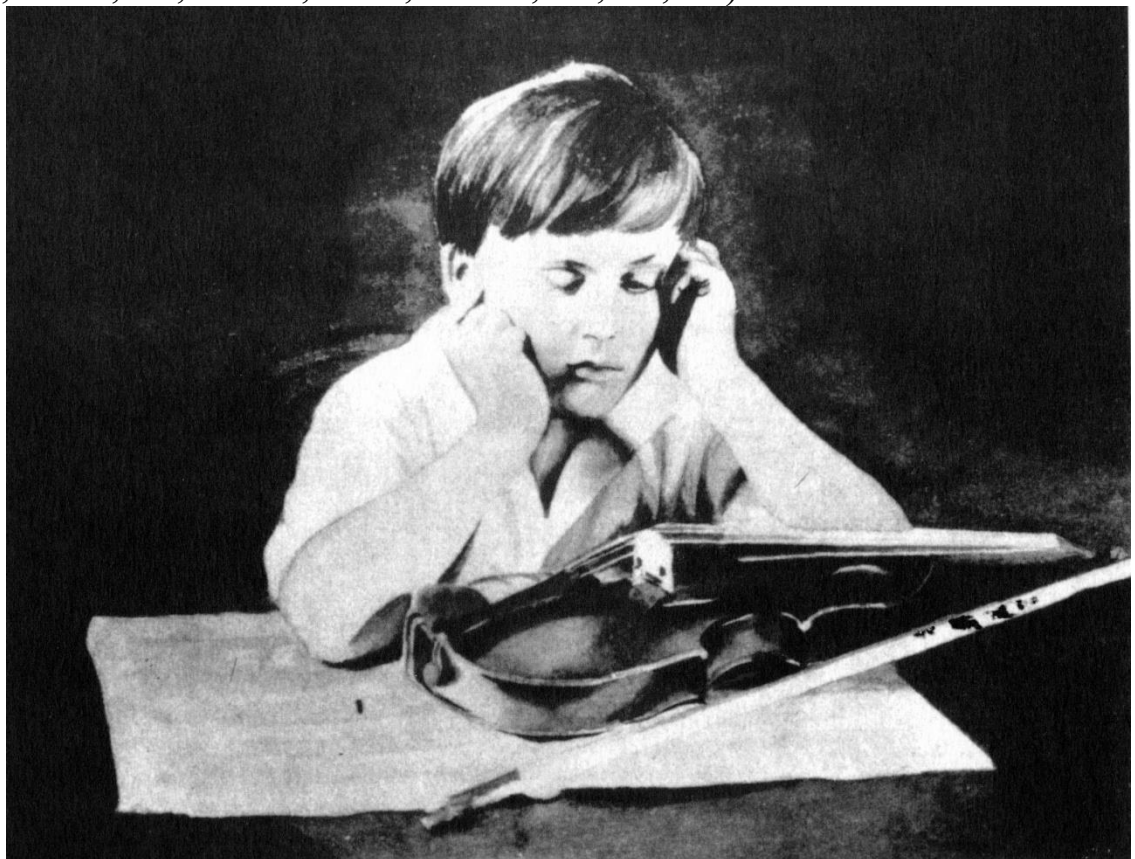
Можлива й реакція подиву або навіть обурення: “Тут же нічого не зображено!”, “Що ж мені розповідати!”. В цьому випадку слід почекати деякий час, і якщо респондент не почне складати розповідь за вигаданим малюнком, йому слід дати інструкцію уявити собі на цьому аркуші будь-яке зображення та описати його, а потім скласти по ньому розповідь. Потім запитуйте другий і третій варіант.

Нарешті, після завершення розповіді за останньою таблицею, рекомендується пройтися усіма створеними розповідями та

запитати респондента, які були джерела кожної з них – чи спиралася розповідь на особистий досвід, на матеріал прочитаних книг або кінофільмів, на розповіді знайомих або ж є чистою вигадкою. Ця інформація не завжди буває корисною, але в деяких випадках допомагає відокремити запозичені сюжети від продуктів власної фантазії респондента й тим самим приблизно оцінити ступінь проективності кожного з оповідань.

Детальний опис роботи з ТАТ представлено в повному керівництві по роботі з ТАТ Д.А. Леонтьєва.

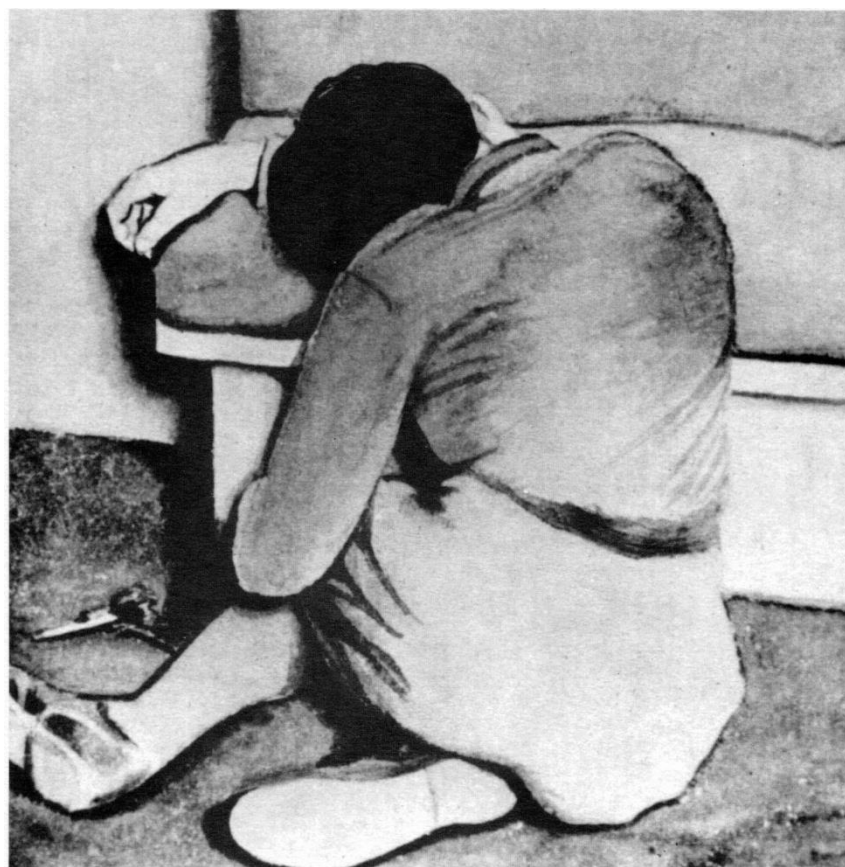
Таблиці ТАТ, які рекомендуються для застосування в чоловіків із ознаками суїцидальної поведінки: (1; 2; 3BM; 4; 6BM; 7BM; 8BM; 11; 12BG; 12M; 13MF; 14; 15; 16)



Таблиця ТАТ 1



Таблиця ТАТ 2



Таблиця ТАТ ЗВМ



Таблиця ТАТ 4



Таблиця ТАТ 6ВМ



Таблиця ТАТ 7ВМ



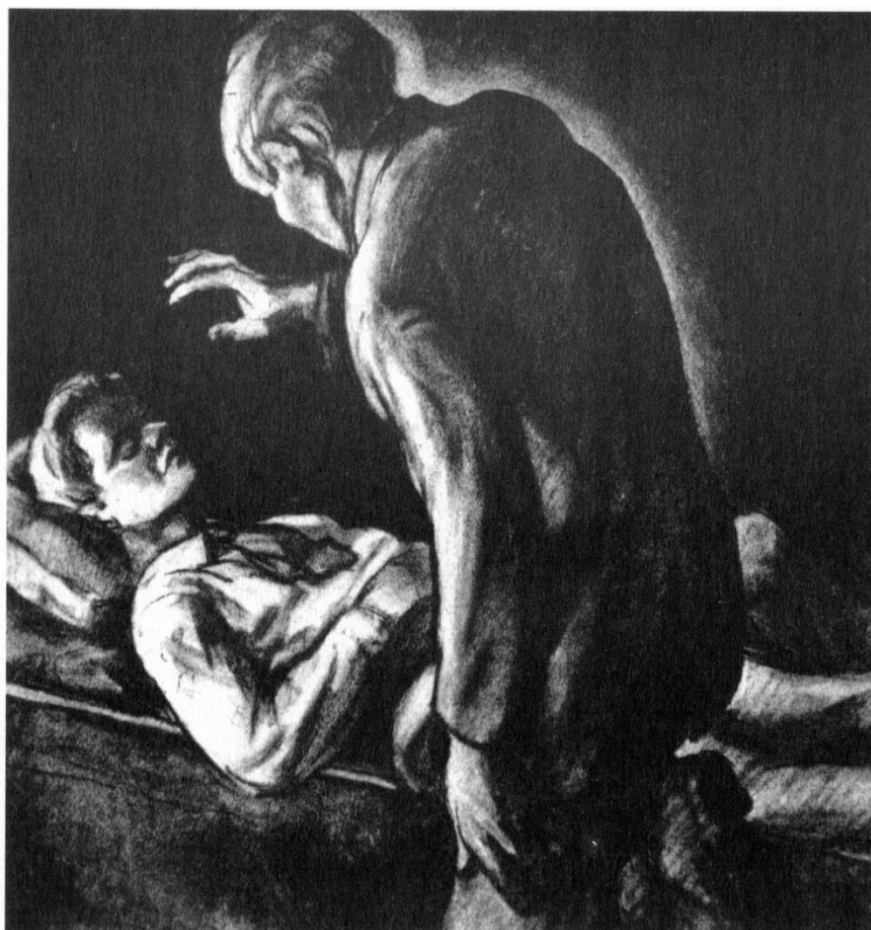
Таблиця ТАТ 8ВМ



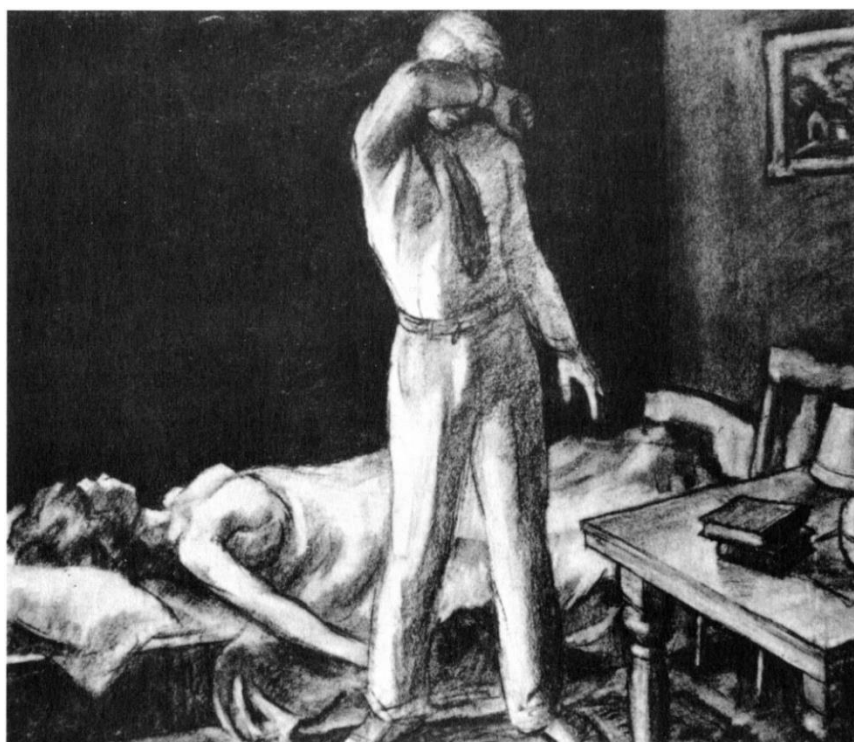
Таблица ТАТ 11



Таблица ТАТ 12BG



Таблиця ТАТ 12М



Таблиця ТАТ 13МФ

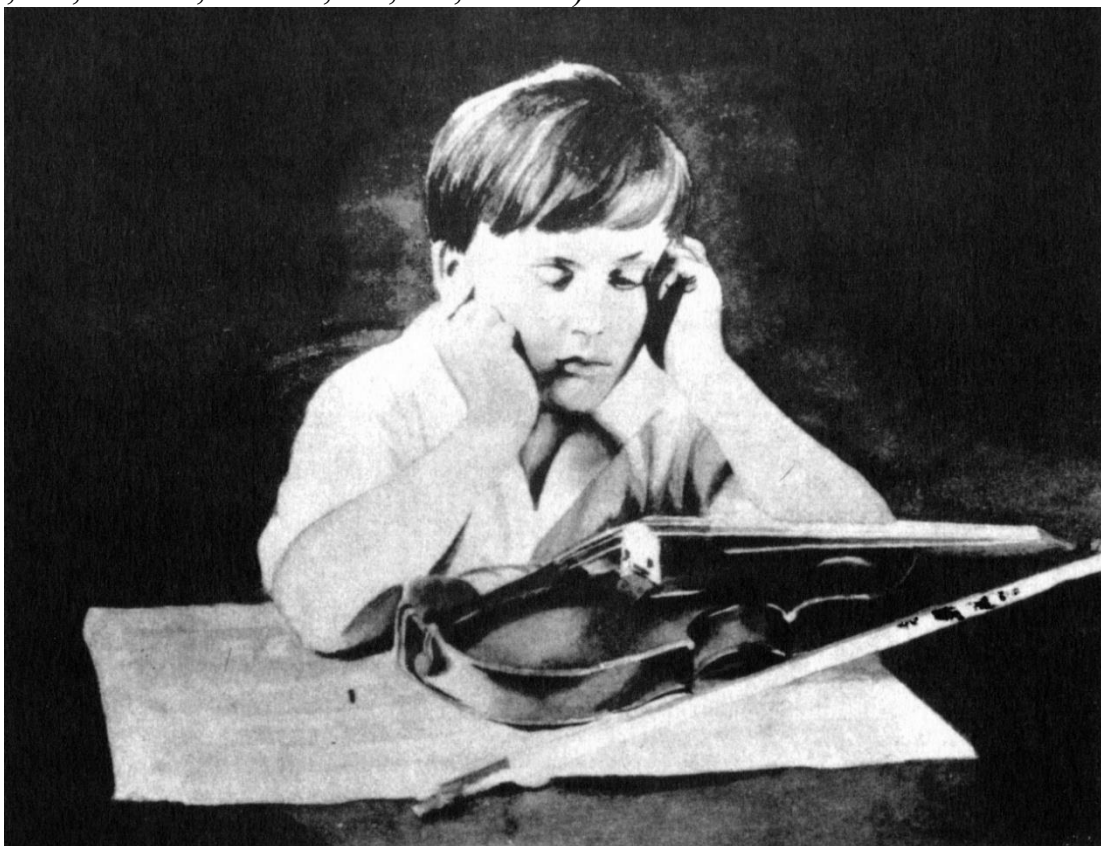


Таблиця ТАТ 14



Таблиця ТАТ 15

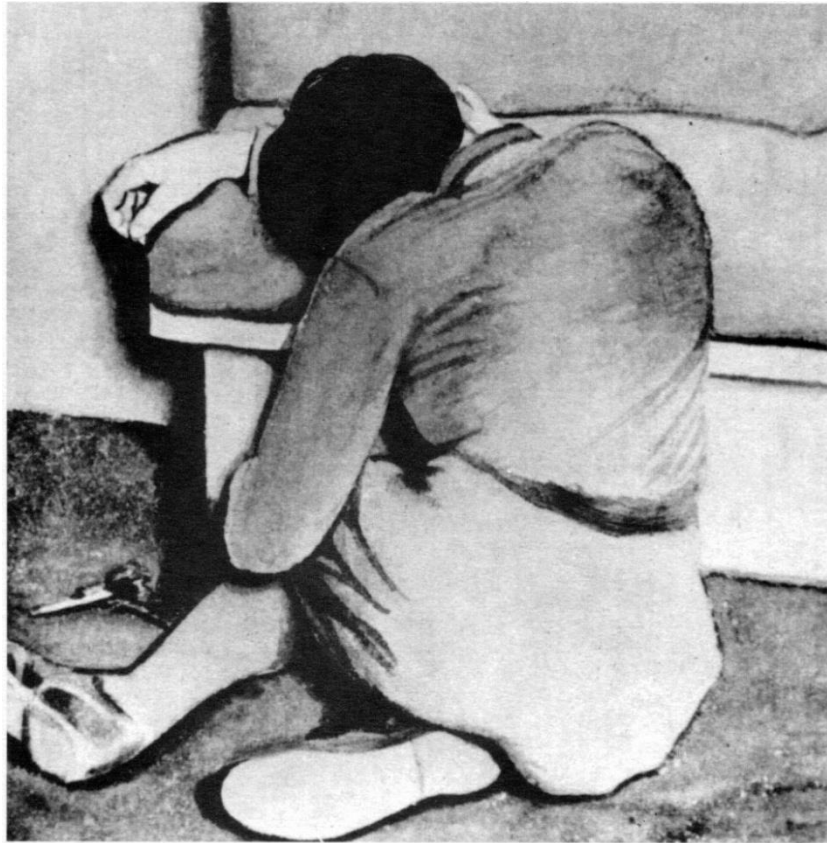
Таблиці ТАТ, які рекомендуються до застосування в жінок із ознаками суїцидальної поведінки: (1; 2; 3BM; 4; 6GF; 7GF; 8BM; 9GF; 11; 12BG; 13MF; 14; 16; 17GF)



Таблиця ТАТ 1



Таблиця ТАТ 2



Таблиця ТАТ ЗВМ



Таблиця ТАТ 4



Таблица ТАТ 6GF



Таблица ТАТ 7GF



Таблиця ТАТ 8ВМ



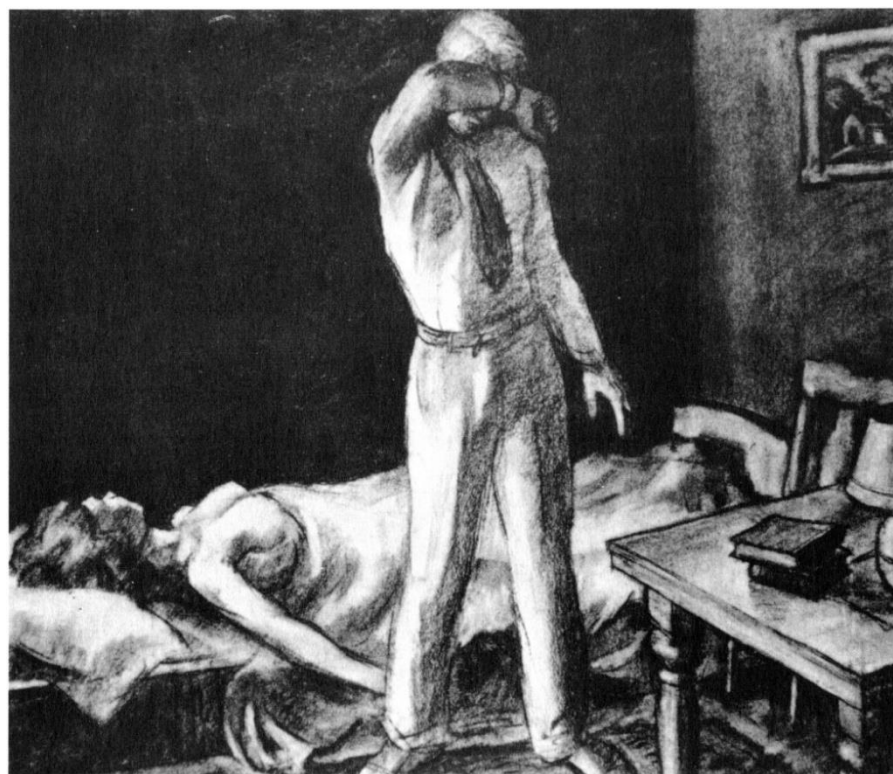
Таблиця ТАТ 9GF



Таблица ТАТ 11



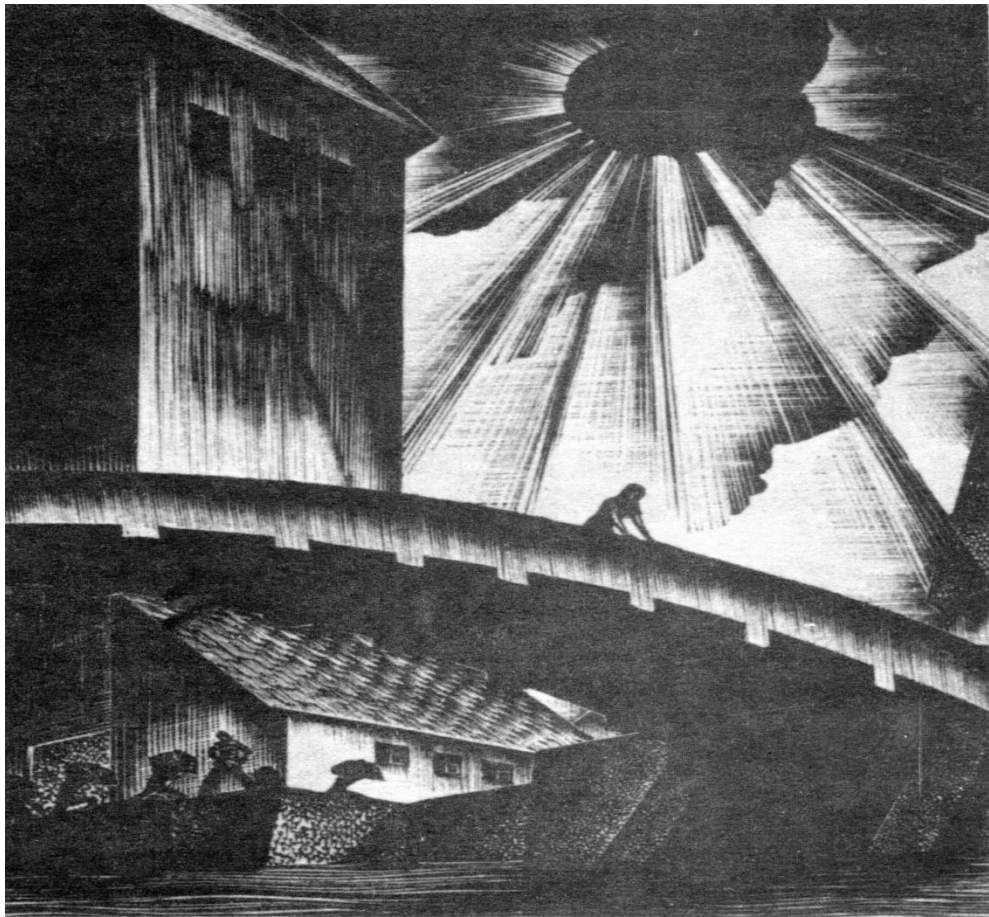
Таблица ТАТ 12BG



Таблиця ГАТ 13МФ



Таблиця ГАТ 14



Таблиця ТАТ 17GF

3.2.2. Тест “Ваші суїцидальні схильності” (З. Корольова)

Мета: Визначення суїцидальних схильностей суб’єкта.

Діагностичні показники: актуальний настрій, саморегуляція, суїцидальні думки, ступінь чутливості, маніпулювання суїцидальними думками, підсвідоме [32; 15].

Інструкція: “Перед Вами певна фігура вигадливої форми. Її серцевина зафарбована чорним. Закінчіть малюнок, надайте фігурі завершеність. Для цього Вам потрібно зафарбувати всі частини фігури таким чином, щоб картина Вам сподобалась.”



Інтерпретація результатів

Якщо на Вашому малюнку виявилось більше зафарбованих, ніж порожніх місць, то це говорить про те, що наразі Ви перебуваєте в похмурому настрої. Вас щось гнітить, Ви переживаєте через певні події або турбуєтесь про щось важливе для Вас, однак цей стан тимчасовий, і він обов'язково мине. Ви не схильні до суїциду, Ви любите життя й щиро не розумієте тих, хто готовий його добровільно покинути.

Якщо Ви нічого не зафарбували в цій фігурі, лише обвели її, то це говорить про Вашу залізну волю та міцні нерви. Ви ніколи не дозволите собі піддатися слабкості й подумати про самогубство, Ви вважаєте це злочином по відношенню до себе, близьких людей та навколишнього світу. Яким би не було важким життя, Ви будете жити, Ви готові боротися з усіма життєвими негараздами, долати будь-які труднощі та перешкоди.

Якщо Ви зафарбували не більше трьох маленьких частин фігури, то це означає, що за певних обставинах Ви могли б задуматися про самогубство, і якби все повернулося проти Вас, то, можливо, навіть зробили б таку спробу. Але, на Ваше щастя, Ви – оптиміст, тому обставини вкрай рідко здаються Вам зовсім жахливими, Ви завжди бачите світло в кінці тунелю.

Якщо Ви зафарбували весь лівий бік фігури, то це свідчить про Вашу душевну вразливість та надмірну чутливість, Ви гостро сприймаєте несправедливість життя та страждаєте від цього. Ви схильні до суїциду, іноді буває, єдине, що Вас зупиняє перед рішучим кроком, – це Ваша любов до близьких. Ви не хочете завдавати їм болю й тому пригнічуєте в собі суїцидальні схильності.

Якщо Ви зафарбували весь правий бік фігури, то це говорить про те, що Ви часто використовуєте свої суїцидальні схильності з вигодою для себе: Ви шантажуєте своїх близьких своїм можливим самогубством, змушуєте їх виконувати Ваші вимоги. Ви несправедливі, з Вами дуже важко жити.

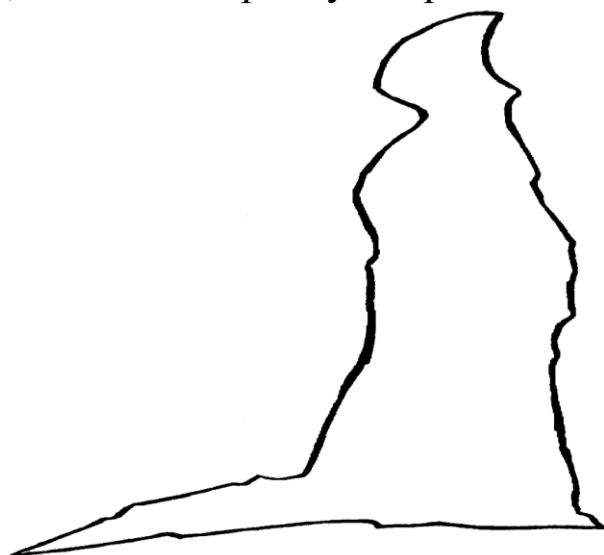
Якщо Ви продовжили зафарбовування згаданої частини фігури, то це говорить про те, що підсвідомо Ви думаєте про смерть, Ваше мортідо (бажання орієнтоване на самознищення) розвинене настільки ж сильно, як і лібідо. Однак зовні Ваші суїцидальні схильності не проявляються, вони вирвуться назовні лише за слушної нагоди.

3.2.3. Графічний тест “Ваші думки про смерть” (Л.Б. Шнейдер)

Мета – визначення ставлення до смерті, глибинних думок.

Діагностичні показники: присутність-відсутність страху смерті, інтерес до смерті, песимізм-оптимізм щодо смерті, філософське ставлення [32; 43].

Інструкція: “Перед Вами фігура, що несе в собі символічне значення смерті. Це зображення очевидно, що не закінчене, в ньому не вистачає якихось важливих деталей. Домалюйте фрагменти, яких бракує, закінчіть картину смерті.”



Інтерпретація результатів

Досліджуваний не промалював деталі фігури – учасник дослідження не любить розмірковувати про смерть, для нього це поки що абстрактна тема, філософська. Він жене від себе чорні думки, вважаючи за краще тримати в голові радість життя, а не горе смерті.

Досліджуваний ретельно промалював усі деталі фігури, перетворивши її на стару жінку з косою або жінку в білому савані, або в іншого відповідного персонажа – учасник дослідження не боїться смерті, він розуміє, що так влаштоване життя, і всі живі істоти коли-небудь помруть. Такі думки його не радують, однак сумувати з цього приводу він не бажає. У досліджуваного здорове ставлення до питання смерті.

Досліджуваний повністю замалював силует і домалював до нього певні деталі (косу за спиною або профіль) – це видає хворобливе ставлення учасника дослідження до смерті. Досліджуваний часто розмірковує на цю тему та нервує. Можливо, в нього були в житті важкі втрати, які не пройшли для нього безслідно, він боїться смерті й ненавидить її.

Досліджуваний вигадливо розфарбував силует (візерунками, смужками) – учасник дослідження одержимий думкою про смерть, вона уявляється йому бажаною та загадковою, таємничою й манливою. Досліджуваний увесь час задається питанням: чи існує потойбічне життя? Його питливий розум не зупинився поки що ні на одній з вір, знаходиться в постійному пошуку, аналізує всі відомості, хоче підняти завісу над цією таємницею. Поки учасник дослідження зайнятий теоретичними дослідженнями, все нормально. Для нього немає жодної небезпеки до тих пір, поки він не візьметься до практичного дослідження.

Чим детальніше й чіткіше досліджуваний намалював фон, тим більше часу він проводить у роздумах про смерть. Якщо учасник дослідження намалював фон яскравіше, ніж основну фігуру, то це означає, що він налаштований песимістично та, можливо, розмірковує над своєю гіркою долею та образами життя.

Якщо досліджуваний розділив задану фігуру на кілька фігур поменше, передавши їх у взаємодії (місяць над головою людини, що стоїть на свіжовиритій могилі, тощо), то це говорить про учасника дослідження як творчу людину. Досліджуваний навіть до питання про смерть підходить із оригінальних позицій, йому подобається розмовляти на цю тему, вислуховувати різні точки зору. Він ще не склав остаточної думки з цього приводу. Він не боїться смерті, але поважає її.

3.2.4. Метод незакінчених речень Сакса – Сіднея

Мета – оцінка ставлення до себе, сім'ї, однолітків, до дорослих, до пережитих страхів і побоювань, ставлення до минулого, майбутнього, до життєвих цілей [11].

Метод незакінчених речень відноситься до вербальних проєктивних тестів. Вважається, що при заповненні проєктивних методик виникає своєрідний ефект екрана, коли людина ніби “проєктує” свої внутрішні особистісні особливості назовні, під

впливом цих стимулів. Ситуація невимушеності, природності поведінки дозволяє досліджуваному проявити себе найбільш повно. Передбачається також, що проєктивні методики найбільш ефективні для виявлення неусвідомлюваних сторін особистості.

Метод незакінчених речень Д. Сакса Сіднея складається з 60 незавершених суджень, які відображають різне старлення досліджуваних до 13 об'єктів – таких, як мати, батько, сім'я, знайомі, минуле, майбутнє та деяких інших, а також наявність страхів і почуття провини. Таким чином, усього тест характеризує 15 тем, кожній із яких присвячені чотири незавершених речення.

Якщо особа відмовляється завершити речення й при цьому вказує на відсутність життєвого досвіду на задану початком речення тему, то категорично забороняється використовувати роз'яснення за допомогою прикладів або аналогій, оскільки це суперечить характеру методу.

Інструкція: досліджуваним роздається бланк з такою інструкцією: “Ми хотіли б визначити, якою мірою Ви володієте здатністю швидко формулювати думки. В бланку наводяться 60 незакінчених речень. Прочитайте їх і допишіть те, що найперше прийде Вам в голову. Робіть це швидко, не зволікайте. Якщо не можете закінчити якесь речення, обведіть його номер кружечком і поверніться до його заповнення пізніше”.

Текст опитувальника

1. Думаю, що мій батько рідко _____
2. Якщо все проти мене, то _____
3. Я завжди хотів _____
4. Якби я займав керівну посаду _____
5. Майбутнє здається мені _____
6. Моє керівництво _____
7. Знаю що нерозумно, але боюся _____
8. Думаю, що справжній друг _____
9. Коли я був дитиною _____
10. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є _____
11. Коли бачу жінку разом з чоловіком _____
12. В порівнянні з більшістю інших сімей, сім'я _____
13. Краще всього мені працюється з _____
14. Моя мати і я _____
15. Зробив би все, щоб забути _____

16. Якби мій батько тільки захотів _____
17. Думаю, що я достатньо здібний, щоб _____
18. Я міг би бути дуже щасливим, якби _____
19. Якщо хтось працює під моїм керівництвом _____
20. Надіюся на _____
21. В школі мої вчителі _____
22. Більшість моїх товаришів не знає, що я боюся _____
23. Не люблю людей, які _____
24. До війни я _____
25. Вважаю, що більшість юнаків і дівчат _____
26. Подружнє життя здається мені _____
27. Моя сім'я поводить себе зі мною як _____
28. Люди з якими я працюю _____
29. Моя мати _____
30. Моєю найбільшою помилкою було _____
31. Я хотів би, щоб мій батько _____
32. Моя найбільша слабкість полягає в тому, що _____
33. Моїм таємним бажанням у житті _____
34. Мої підлеглі _____
35. Настане той день, коли _____
36. Коли до мене наближається мій начальник _____
37. Мені хотілося б перестати боятися _____
38. Найбільше люблю тих людей, які _____
39. Якби я знову став молодим _____
40. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків) _____
41. Якби в мене було нормальне статеве життя _____
42. Більшість відомих мені сімей _____
43. Люблю працювати з людьми, які _____
44. Вважаю, що більшість матерів _____
45. Коли я був молодим, то відчував себе винуватим, якщо _____
46. Думаю, що мій батько _____
47. Коли мені не щастить, я _____
48. Найбільше в житті я хотів би _____
49. Коли я даю іншим доручення _____
50. Коли буду старим _____
51. Люди, переваги яких я визнаю над собою _____
52. Мої побоювання не раз змушували мене _____
53. Коли мене немає, мої друзі _____
54. Моїм самим "живим" спогадом із дитинства є _____

55. Мені дуже не подобається, коли жінки (чоловіки) _____
56. Моє статеве життя _____
57. Коли я був дитиною, моя сім'я _____
58. Люди, які працюють зі мною _____
59. Я люблю свою матір, але _____
60. Найгірше, що я мав нагоду зробити _____

Інтерпретація результатів

Відповідно до ключа, всі речення “розносяться” по шкалам, після чого здійснюється якісний і кількісний аналіз отриманого матеріалу. Якщо в реченні чітко виражено позитивне ставлення, то воно оцінюється в один бал. Якщо висловлюється негативне ставлення, реченню приписується оцінка “-1”. Якщо речення нейтральне, то воно оцінюється в 0 балів. Дані відзначаються на бланку (його зразок представлений нижче), де графічно зображується профіль особистості.

“Ключ”

№з/п	Шкали	№ речення			
		3	18	33	48
1	Цілі	3	18	33	48
2	Ставлення до майбутнього	5	20	35	50
3	Ставлення до керівництва	6	21	36	51
4	Ставлення до колег	13	28	43	58
5	Ставлення до друзів	8	23	38	53
6	Ставлення до підлеглих	4	19	34	49
7	Ставлення до матері	14	29	44	59
8	Ставлення до батька	1	16	31	46
9	Ставлення до родини	12	27	42	57
10	Ставлення до протилежної статі	10	25	40	55
11	Сексуальні стосунки	11	26	41	56
12	Ставлення до свого минулого	9	24	39	54
13	Страхи й побоювання	7	22	37	52
14	Почуття провини	15	30	45	60
15	Ставлення до себе	2	17	35	47

Бланк для фіксації даних

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
“+”															
0															
“-”															

Якісний аналіз може здійснюватися за різними напрямками. Наприклад, можна розглянути, наскільки характерна для даного досліджуваного схильність до самозвинувачення. В деяких випадках корисним є аналіз взаємовідносин у сім'ї, в тому числі стосунків із батьком та матір'ю та деякі інші. Результати аналізу корисно співставити з інформацією, яка була отримана з інших джерел.

3.2.5. Метод незакінчених речень (О. Кучера)

Мета – визначення ризику суїцидальних намірів [22].

Інструкція: “Уважно прочитайте (прослухайте) початок речення й продовжіть його”.

Стимульний матеріал:

1. Думка, що мене постійно переслідує, стосується...
2. Що я для себе вирішив остаточно, так це...
3. Навколо мене...
4. У цьому житті...
5. Життя – це...
6. Я обов'язково...
7. Через деякий час...
8. Життя після смерті – це...
9. Попереду мене чекає...
10. Шкода тільки, що...

Інтерпретація результатів

Більше 5 закінчень речень, пов'язаних зі знеціненням життя, вказують на високий рівень суїцидальних намірів.

3.2.6. Піктографічний експрес-тест “ризик суїцидальної дії”

Мета – виявити ризик суїцидальної дії [41].

За результатами наукових публікацій щодо застосування оригінального малюнкового піктографічного експрес-тесту з оцінки суїцидального ризику були виокремлені відповідні рекомендації:

– клієнти повинні мати ту чи іншу суїцидальну активність, яка визначається за рівнями шкали суїцидального ризику А.Г. Амбрумової.

Критеріями включення на діагностику є:

1. Раніше висловлювались ідеї про небажання жити.
2. На момент обстеження немає ознак виражених інтелектуально-мнестичних розладів.
3. Немає ознак агравації або симуляції психічних розладів.
4. Немає соматогеній у фазі загострення.
5. На момент проведення тесту немає ознак алкогольного і/або наркотичного сп'яніння.

Критерії виключення:

1. Психічна загальмованість.
2. Порушення мислення.
3. Психотичні переживання на момент проведення дослідження.
4. Обмеження моторики, що фізично перешкоджають тестуванню.
5. Відмова від дослідження.

Визначено, що в пацієнтів, які обдумували способи й методи суїциду, виконання експрес-тесту після отримання останньої інструкції займає в середньому 5,9 секунди, в той час, як у пацієнтів, які не мали таких планів, 16,1 секунди.

Серед клієнтів, які не мають ознак, що відповідають критеріям другого рівня шкали суїцидального ризику, часто зустрічаються відмови від виконання завдання. Таким чином, наявність розроблених або розроблюваних планів реалізації суїцидальної

поведінки сприяє швидшому й осмисленому виконанню інструкцій тесту, що представляється діагностично важливим феноменом. Рекомендується використовувати в інтерпретації результатів тесту не тільки критерій тривалості виконання, скільки здійснювати його якісний аналіз, а саме виявляти, чи є при виконанні інструкції ознаки, що досліджуваній виконує дії за вже наявною ідеєю, обрамляючи її в малюнок, або висловлює ознаки розгубленості й не розуміє, як приступити до виконання такого завдання, протестує або іншими способами намагається ухилитися від виконання завдання.

Для діагностики суїцидальних ризиків піктографічна техніка є мабуть одним із найбільш перспективних напрямів, оскільки апелює безпосередньо до вивчення поведінки.

Крок 1 – базовий малюнок себе перед смертю;

Крок 2 – останній малюнок себе померлого;

Крок 3 – пропозиція заповнити прогалину між базовим і останнім малюнком (як помирав?).

Для прогнозу є суттєвими зміст малюнків, кількість дій у пробілах, наявність у піктограмі аутодеструкції (ті, що не бажають здійснювати самогубство, або відмовляються робити це завдання, або їх малюнки відображають невиразні уявлення про власну смерть, або на малюнках – уявлення про хвороби тощо).

У тих, хто має намір здійснити суїцид, на малюнках є аутодеструкція, часто із зазначенням конкретного способу самогубства (при задумках і намірах уявлення більш чіткі, ніж при антивітальних переживаннях).

За попередніми статистичними даними піктографічна діагностика досить достовірно прогнозує ризик суїцидальної поведінки й може знайти широке застосування в практиці, використовуватися як експрес-метод попередньої діагностики, а також може бути корисна і в клінічній практиці, і при скринінгу різних груп ризику, як швидкий та в достатній мірі чутливий інструмент.



Приклад: Піктограми пацієнта, який мав намір повіситися. Дія між першим (базовим) і останнім малюнком лише одна, виконана з великим натиском на олівець. Зробивши малюнок, пацієнт різко кинув олівець.

Інструкція

1. Спочатку заповнюється перший прямокутник
“Намалюйте, будь ласка, в першому прямокутнику себе зараз. Малюнок можна робити за типом “палка-палка-огірочок”.
2. Потім наступна інструкція – “Намалюйте себе померлим”.
3. Остання інструкція – “Намалюйте в середньому прямокутнику – що сталося, через що Ви померли?”

Інтерпретація результатів

Суїциденти, які задумали самогубство та мають план його реалізації, як правило, відразу можуть намалювати малюнок по третій, останній інструкції. Якщо в людини немає таких планів, ця інструкція заводить її в глухий кут або вимагає багато часу, або веде до відмови, або малюнок невизначеного змісту, або пов’язаний із хворобами та нещасними випадками.

3.2.7. Проективна методика “Людина під дощем” (Є.С. Романова і Т.І. Ситько)

Мета – діагностика стійкості до впливу стресових факторів, ситуацій, визначення типу реакції на несприятливі обставини, виявлення труднощів у клієнта, які заважають його діяльності або стимулюють її [61].

Інструкція: “На аркуші паперу пропонується намалювати людину, а потім, на іншому такому ж аркуші – людину під дощем.”

Співвідношення двох малюнків дозволяє визначити, як людина реагує на стресові, несприятливі ситуації, що вона відчуває при ускладненнях.

Нічого не пояснюйте. Ці картинки можуть бути об’єднані загальним сюжетом, а можуть бути і взагалі не пов’язані між собою за змістом. Тобто малювати можна як історію з двох частин про одного й того ж персонажа, так і двох різних людей, двох різних героїв. Чим вільніше буде респондент – тим точніше буде тест.

Інтерпретація результатів

При інтерпретації малюнків слід оцінити спочатку загальне враження від малюнка: атмосферу зображеного пейзажу, настроїв персонажа. Тільки після цього можна перейти до аналізу специфічних деталей з точки зору логіки інтерпретації.

У малюнку “Людина під дощем” в порівнянні з малюнком “Людина”, як правило, виявляються відмінності. Важливо подивитися, що змінилося. Так, наприклад, якщо на другому малюнку зображена людина як така, що йде, то це може бути пов’язано з наявністю тенденції до відходу від важких життєвих ситуацій та з уникненням неприємностей. Якщо на другому малюнку людина зміщена у верхню частину аркуша, то можна припустити схильність до відходу від дійсності, до втрати опори під ногами, а також наявність захисних механізмів за типом фантазування, надмірного оптимізму, який часто невиправданий. Положення фігури в профіль або спиною вказує на прагнення відмовитися від світу, на тенденцію до самозахисту. Якщо зображення розміщене внизу листа, то це може свідчити про наявність депресивних тенденцій, почуття незахищеності.

У решті при інтерпретації слід спиратися на методику “Людина”. Наприклад, якщо малюнок зміщений вліво, то це може бути пов’язане з наявністю імпульсивності в поведінці, орієнтацією на минуле, в низці випадків – із залежністю від матері. Малюнок, зміщений вправо, вказує на наявність орієнтації на оточення і, можливо, на залежність від батька. Якщо малюнок розташований переважно у верхній частині аркуша, це може означати, що в людини висока самооцінка, вона незадоволена своїм становищем у суспільстві, їй не вистачає визнання. Якщо при розташуванні у верхній частині аркуша фігура дуже маленька, то людина вважає себе свого роду невизнаним генієм. Якщо малюнок розташовується переважно в нижній частині аркуша, то в його автора може бути низька самооцінка, невпевненість у собі, пригніченість, нерішучість, страхи, пов’язані з самопред’явленням, незацікавленість у своєму становищі в суспільстві. Розташування по горизонтальній осі (ліво-право): якщо малюнок розташований більше в лівій частині, то людина більше спирається на минулий досвід, схильна до самоаналізу, нерішуча в діях, пасивна; якщо більша частина малюнку розташовується в правій частині аркуша,

то перед нами людина дії, яка реалізує задумане, активна та енергійна.

Трансформація фігури.

Збільшення розміру фігури іноді зустрічається в підлітків, яких неприємності мобілізують, роблять більш сильнішими та впевненими. Зменшення фігури має місце тоді, коли досліджуваний потребує захисту та заступництва, прагне перенести відповідальність за власне життя на інших. Досліджувані, які малюють маленькі фігурки, зазвичай соромляться проявляти свої почуття й мають тенденцію до стриманості та деякої загальмованості при взаємодії з людьми. Вони схильні до депресивних станів внаслідок стресу.

Дуже мініатюрна фігура на другому малюнку свідчить про низьку стресостійкість, про вразливість, можливо й про низьку самооцінку. Дуже велика фігура свідчить про активну життєву позицію, агресивність.

Зображення людини протилежної статі може вказувати на певний тип реагування в складній ситуації, “включення” поведінкових програм, запозичених у конкретних людей з найближчого оточення. Зміна віку вказує на самовідчуття людини в ситуації життєвих негараздів. Якщо в малюнку “Людина під дощем” при зображенні фігури пропускаються будь-які частини тіла (ноги, руки, вуха, очі), то це вказує на специфіку захисних механізмів і особливості проявів Его-реакцій. Функція одягу – “формування захисту від стихії”. Велика кількість одягу вказує на потребу додаткового захисту. Відсутність одягу пов’язана з ігноруванням певних стереотипів поведінки, імпульсивністю реагування.

Напрямок фігури людини.

У проективній методиці “Людина під дощем” є важливим, як зображена фігура людини: повернена вліво – увага зосереджена на собі, своїх думках, переживаннях у минулому; повернена вправо – автор малюнку спрямований у майбутнє, активний; якщо людина зображена так, що видно потилицю (спиною) – прояв замкнутості, відхід від вирішення конфліктів. Якщо людина зображена як така, що біжить, то автор малюнку хоче втекти від проблем. Крокуюча людина означає гарну адаптацію. Якщо людина на малюнку стоїть невпевнено, це може означати напругу, відсутність стрижня, рівноваги. Фігура з паличок вказує на негативізм, опір методиці.

Надмірно дитячі, ігрові малюнки говорять про потребу в схваленні. Малюнки-шаржі вказують на бажання уникнути оціночних суджень на свою адресу, переживання неповноцінності, ворожості.

Засоби захисту від дощу.

Парасолька, головний убір, плащ і т. д. – це символи захисних механізмів, способів справлятися з неприємностями. Парасолька являє собою символічне зображення психічного захисту від неприємних зовнішніх впливів. З погляду трактування образів, парасолька може розглядатися як відображення зв'язку з матір'ю і батьком, які символічно представлені в образі парасольки: купол – материнське начало, а ручка – батьківське. Парасолька може захищати або не захищати від негоди, обмежувати поле зору персонажу, а може і взагалі бути відсутньою. Так, наприклад, величезна парасолька-гриб може свідчити про сильну залежність від матері, яка вирішує всі складні ситуації за досліджуваного. Розмір і розташування парасольки по відношенню до фігури людини вказує на інтенсивність дії механізмів психічної захисту. Дуже велика парасолька означає співзалежність з батьками, бажання у важкій ситуації отримати підтримку від авторитетних осіб. Відсутність капелюха, парасольки та інших засобів захисту говорить про погану адаптованість і потребу в захисті.

Атрибути дощу.

Дощ – перешкода, небажаний вплив, що спонукає людину закритися, сховатися. Характер його зображення пов'язаний із тим, як людиною сприймається важка ситуація: рідкі краплини – як тимчасова, переборна ситуація, а важкі, зафарбовані краплі або лінії – як важка, постійна. Необхідно визначити, звідки дощ “приходить” (справа або зліва від людини) та яка частина фігури піддається впливу в більшій мірі. Інтерпретація проводиться відповідно до приписуваних значень правої та лівої частини аркуша або фігури людини. За лініями, якими зображений дощ, можна дізнатися про ставлення автора малюнку до навколишнього середовища. Врівноважені, однакові штрихи, в один бік вказують на збалансоване довкілля. Безладні штрихи – навколишнє середовище тривожне, нестабільне. Вертикальні штрихи свідчать про впертість, рішучість. Короткі, нерівні штрихи по всьому полю та відсутність усіх захистів указують на тривогу та сприйняття навколишнього середовища як ворожого. Хмари є символом очікування неприємностей. Важливо звертати увагу на кількість

хмар, їх щільність, розмір, розташування. В депресивному стані зображуються важкі грозові хмари, що займають все небо. Калюжі, бруд символічно відображають наслідки тривожної ситуації, ті переживання, які залишаються після “дощу”. Слід звернути увагу на манеру зображення калюж (форму, глибину, бризки). Важливо відзначити, як розташовані калюжі відносно фігури людини (чи знаходяться вони перед або за фігурою, оточують людину з усіх боків або вона сама стоїть в калюжі). Калюжі символізують невирішені проблеми. Потрібно звернути увагу на те, де саме вони розміщені – ліворуч чи праворуч від персонажа: якщо ліворуч, то людина бачить проблеми в минулому, якщо праворуч – передбачає їх у майбутньому. Якщо людина стоїть в калюжі, це може свідчити про незадоволеність, втрату орієнтирів.

Додаткові деталі.

Всі додаткові деталі (будинки, дерева, лавки, машини) або предмети, які людина тримає в руках (сумочка, квіти, книги), розглядаються як відображення потреби в додатковій зовнішній опорі, в підтримці, в прагненні уникнути вирішення проблем шляхом переключення та заміщуючої діяльності.

Більш повна розшифровка деталей ґрунтується на символічному значенні представлених образів. Наприклад, блискавка може символізувати початок нового циклу в розвитку та драматичні зміни в житті людини.

Веселка, яка часто виникає після грози, віщує появу сонця, символізує мрію про нездійсненне прагнення до досконалості. Додаткові предмети, які зображені на малюнку (ліхтар, сонце і т. д.), зазвичай символізують значущих людей для автора малюнку.

Тенденції.

Ознаки емоційної холодності – схематична фігура; особа частково або повністю не промальована.

Ознаки імпульсивності – багато рухів у фігури; скуйовджене волосся; неузгодженість спрямованості тіла, рук і ніг; недостатність одягу.

Ознаки конфлікту в сім'ї – обмеження простору для фігури; явна невідповідність якості малюнку іншим; на обличчі промальовані явно позитивні емоції.

Ознаки інфантильності – людина в казковому або святковому одязі; на обличчі вираз захоплення; у фігури відсутня шия;

малюнок перемістився вгору в порівнянні з іншими; зменшення віку людини, в порівнянні з іншими малюнками.

Спотворення та пропуск деталей. Відсутність істотних деталей може вказувати на область конфлікту й бути наслідком витіснення як захисного механізму психіки. Так, наприклад, відсутність парасольки в малюнку може свідчити про заперечення підтримки з боку батьків у важкій ситуації.

Порівнюючи два малюнки із серії, зверніть увагу на такі характерні зміни:

* Як змінюється колір (колір фону, колір людини, в який колір пофарбовані дощові краплі);

* Чи змінюється стать людини від малюнку до малюнку? Дуже часто в таких серіях малюнків змінюється стать людини. Це вказує нам на спосіб реагування – по “жіночому” чи “чоловічому” гендерному типу людина “зустрічає” труднощі;

* Чи змінюється вік людини? Чи відповідає приблизний вік людини віку самого художника? Регрес у дитинство – людина зображена на малюнку, молодша за автора. Якщо на малюнку дитини або підлітка зображена доросла людина або взагалі стара – то це свідчить про те, кого зі старших родичів схильна наслідувати дитина, вирішуючи свої проблеми.

Після малювання можна провести обговорення.

Приклади запитань психолога:

1. Розкажіть про цю людину: як вона себе почуває?
2. Наскільки комфортно почуває себе людина в цій ситуації?
3. Який у неї настрій?
4. Що їй більш за все хочеться зробити?
5. Дощ пішов несподівано чи за прогнозом?
6. Людина була готова до того, що піде дощ, чи для неї це несподіванка?
7. Чи любите Ви дощ? Чому?
8. В який момент часу Ви його застали?
9. Які в нього перспективи?
10. Якщо людині під дощем дискомфортно (погано), то чим їй можна допомогти?
11. Що сама людина може зробити для того, щоб допомогти собі, щоб впоратися з дощем?

Про те ж саме говорить фігура в русі.

Тестові показники (показник психомоторного тону).

Натиск.

Слабкий натиск – пасивність, депресія. Сильний натиск – імпульсивність. Дуже сильний натиск – гіперактивність, іноді агресивність. Досягає поставленої мети.

Особливості ліній.

Легкі лінії – брак енергії, скутість. Лінії з натиском – агресивність, владність, наполегливість, тривожність. Нерівний натиск – імпульсивність, нестабільність, тривога.

Характеристика ліній, якими малюється контур фігури людини.

Розрив контура – сфера конфлікту. Невідривні лінії – ізоляція. Багато гострих кутів – агресивність, погана адаптація. Подвійні лінії – тривога, страх, підозрілість. Штрихування – зона тривожності.

Тестові показники (частин тіла).

Голова.

Непропорційно велика голова – висока значущість інтелекту. Маленька голова – низька значущість інтелекту. Відсутня голова – гіперактивність, імпульсивність.

Очі.

Великі заштриховані очі свідчать про наявність страхів, бажання контролювати зовнішнє середовище. Маленькі очі-крапки (палички) – заглибленість у себе, уникнення візуальних стимулів. Закриті очі – прагнення уникати неприємних візуальних контактів. Порожні очі – астения, імпульсивність, іноді страхи. Підведені очі з віями – демонстративність. Відсутність очей – свідчить про гіперактивність, високу імпульсивність.

Ніс.

Ніс великий з горбинкою – презирство, іронія. Ніс особливо великий – невдоволення своєю зовнішністю. Добре промальовані ніздрі висловлюють агресію.

Рот.

Рот відсутній або дуже маленький – астения, негативізм. Запалий рот – пасивність. Перекошений рот – негативізм, іноді негативне ставлення до тестування. Дуже великі губи, жирно обведені – значущість сексуальної сфери. Рот із добре промальованими зубами – агресія.

Вуха.

Вуха дуже великі – підозрілість. Вуха маленькі – прагнення не чути та не сприймати критику.

Волосся.

Волосся сильно заштриховане – тривожність. Ретельно промальовані як волосся, так і зачіска – демонстративність.

Фігура.

Дуже повна – в деяких випадках незадоволеність своєю зовнішністю. Довга, худорлява – астенія. Потворна – негативізм, імпульсивність. Фігура оголена або просвічує через одяг – підвищений інтерес до сексуальної сфери. Фігура, яка зігнулася від вітру, – потреба в любові та турботі. Фігура з ранами і шрамами – невротичний стан. Фігура з татуванням – негативізм.

Руки.

Відсутність рук – імпульсивність, порушення спілкування. Руки розташовані близько до тіла – напруга. За спиною, схрещені на грудях, у кишенях, вперті в боки – небажання спілкування, в деяких випадках ворожість. Руки розставлені в різні боки – товариськість. Руки довгі та м'язисті – прагнення до фізичної сили, хоробрості. Руки дуже короткі – відсутність прагнень, відчуття неадекватності. Кисті рук відсутні або вкорочені – брак спілкування. Дуже великі кисті – потреба в спілкуванні. Кисті рук закреслені – конфліктність. Великий кулак, гострі нігті – агресивність. Великі пальці – грубість, агресія.

Ноги.

Ноги широко розставлені – потреба в спілкуванні. Ступні ніг відсутні – пасивність. Ступні ніг дуже маленькі – невправність у соціальних стосунках. Ступні ніг великі – потреба в опорі.

Інтерпретація кольору в малюнку.

Збіднена кольорова гамма (використання простого олівця або одного-двох кольорів) – пасивність, астенія, депресія. Знижена щільність кольору (слабкий натиск, незафарбований контур) – астенія або негативне ставлення до обстеження. Переважання холодних тонів – зниження настрою, субдепресія. Переважання темних тонів (особливо поєднання чорного з коричневим або синім) – депресія, підвищена напруженість. Багато червоного кольору вказує на тривогу, емоційне напруження, іноді агресивність. Багато червоного кольору в поєднанні з темними тонами – депресія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник.– К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Ассановіч М.А. Оцінка деяких поведінкових характеристик у хворих на невротичні розлади методом Роршаха (на основі інтегративної системи): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. - Гродно, 2002. - 24 с.
3. Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. – Пермь, 1999. – 103 с.
4. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. – 280 с.
5. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). Одесский Национальный Университет им. И.И. Мечникова (Инновационный институт последипломного образования). Превенция самоубийств: руководство для лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь. Одесса – 2005.
6. Гелда А.П. и Нестерович А.Н. Диагностические шкалы в оценке риска суицида / А.П. Гелда, А.Н. Нестерович // Военная медицина. – 2014. – №3.-С.101-107. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://rep.bsmu.by/handle/BSMU/3407>
7. Головне управління виховної та соціально-психологічної роботи Збройних Сил України. Соціально-психологічний Центр Збройних сил України. Методичні рекомендації командирам, штабам, органам з МПЗ відносно профілактики суїцидальної поведінки військовослужбовців. Київ, 2011 р.
8. Демченко Ж.Л., Сюрис Н.А. К вопросу об аутоагрессивном поведении военнослужащих // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 14, № 3. – С. 29-30.
9. Джармен Р. Консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны // Журнал практической психологии и психоанализа, 2001. – № 1-2. – С. 21-27.
10. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения. Методические рекомендации для студентов по спецкурсу. - Самара, 2000. – С. 65.

11. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
12. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. – СПб.: Питер, 2006. – 480 с: ил. – (Серия “Учебное пособие”).
13. Клиническая суицидология: Монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. – С. 415.
14. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. – 281 с.
15. Королева З. Познай себя. 100 графических тестов. – М.: “ЭКСМО-ПРЕСС”, 2002. – С. 155.
16. Костромина С.Н. Структурно-функциональная организация психодиагностической деятельности специалистов образования: Автореферат. Д-ра псих. наук, Санкт – Петерб., 2008. – 51 с.
17. Котенёв И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях. М.: Академия МВД России, 1996.
18. Котенёв И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: Метод. пособие для практических психологов. М.: МЦ при ГУК МВД России, 1997. – 40 с.
19. Ласый Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Инструкция по применению (для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, психологов здравоохранения) / Е.В. Ласый, И.И. Хвостова. – Минск, 2009.
20. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., М.: Смысл, 2000.
21. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. – М.: Речь. Серия – “Диагностика”, 2004. – 254 с.
22. Мазитов Р.Г. Профилактика аутоагрессивного поведения среди несовершеннолетних и студентов образовательных организаций: методические рекомендации / Р.Г. Мазитов, Л.Р. Халикова. – Уфа: Институт развития образования, 2018. – 64 с.

23. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
24. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 445с.
25. Меновщиков В.Ю. Рабочая книга психолога социальной защиты. Москва, 2010.
26. Методические рекомендации для педагогов и кураторов методические рекомендации / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева, Е.С. Толстолес, С.А. Морева, Е.А. Линок – Томск: ООО “Рекламная группа Графика”, 2013. – С. 34.
27. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения. – М., 2009. – 108 с.
28. Методичні рекомендації. Міністерство внутрішніх справ України Національна академія внутрішніх справ України Київський інститут внутрішніх справ при НАВСУ. Київ – 2000.
29. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. – М.: Смысл, 2005. – 310.
30. Неелеман Й., де Гроот М.Х. Суицидальность: расстройство, не признающее границ // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 17, Вып. 2. – С. 25-30.
31. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 319 с.
32. Пакулина С.А. Психодиагностика суицидального поведения детей и подростков. Методическое пособие. – Челябинск, АБРИС, 2014. – 209 с.
33. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие – 2-е изд. М.: “Стереотип: Флинта”, 2011. – 189 с.
34. Профилактика самоубийств в органах и подразделениях внутренних дел: Методическое пособие / Под общ. ред. В.М. Бурыкина. – М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2004. – 200с.
35. Психология состояний. Хрестоматия / Под ред. А.О. Прохорова.– М.: ПЕР СЭ.– СПб: Речь, 2004.– 608 с.
36. Психологічна профілактика суїцидальної поведінки працівників органів внутрішніх справ. Методичні рекомендації. Міністерство внутрішніх справ України Національна академія внутрішніх справ України Київський інститут внутрішніх справ при НАВСУ. Київ – 2000.

37. Рауш де Траубенберг Н.К. Тест Роршаха: Практическое руководство. – М.: Когито-Центр, 2005. – 255 с.
38. Розенцвейг С. Тест Розенцвейга (детский и взрослый варианты). – М.: Речь. – Психологический практикум, 2002. – 62 с.
39. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. Аутодеструктивное поведение юношей призывного возраста (клиника, классификация, прогноз) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Том 16, № 4. – С. 97-102.
40. Суицидальное поведение: профилактика и коррекция: учеб.-метод. пособие /Н.А. Сакович; ГУО “Акад. последиплом. образования”. Минск: АПО, 2011 – 138 с.
41. Суицидология Том 7, № 2 (23), 2016 С.В. Харитонов, С.В. Рызова, В.Е. Цупрун.
42. Шмелев А.Г., Белякова И.Ю. Опросник суицидального риска. / Практикум по психодиагностике. – М.: МГУМ, 1992. – С. 8.
43. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М.: Академический Проект: Трикста, 2005.– С.190.
44. Юнацкевич П.И. Основы психолого-педагогической диагностики и коррекции суицидального поведения. – СПб: ВИКА им. А.Ф. Можайского, 1998. – 160 с.
45. Addis M. Predicting suicidal behavior: Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire / M. Addis, M.M. Linehan // Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. - Washington DC., 1989.
46. Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center / D.A. Jobes [et al.] // J. Couns. Psychol. – 1997. – Vol. 44 (4). – P. 368-377.
47. Beck A.T. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version // A.T. Beck, R. Steer , W. Ranieri // J. Clin. Psychol. - 1988. - Vol. 44. - P. 499-505.
48. Beck A.T. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients / A.T. Beck, G.K. Brown, R.A. Steer // Behav. Res. Ther. – 1997. – Vol. 35 (11). – P. 1039-1046.
49. Beck A.T. Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation / A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weiss man // J. Consult. Clin. Psychol. - 1979. - Vol. 47 (2). - P. 343-352.

50. Beck A.T. Manual for the Beck Hopelessness Scale / A.T. Beck, R.A Steer. - San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1988.
51. Beck A.T. Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation / A.T. Beck, R.A. Steer. - San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1991.
52. Clum G.A. Validity and reactivity of a system of selfmonitoring suicide ideation / G.A. Clum, L. Curtin // J. Psychopathol. Behav. Asses. – 1993. – Vol. 15 (4). – P. 375-385.
53. Cognitive variables related to suicidal contemplation in adolescents with implications for long-range prevention /P.J. Woods [et al.] // J. Rat. Emot. Cogn. Behav. Ther. – 1991. –Vol. 9. - P. 215-245.
54. Cooper-Patrick L. Identifying suicidal ideation in general medical patients / L. Cooper-Patrick, R.M. Crum, D.E. Ford // J. Am. Med. Assoc. - 1994. - Vol. 272 (22). - P. 1757-1762.
55. Cull J.G. Suicide Probability Scale Manual / J.G. Cull, W.S. Gill. - Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.
56. Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results / M.D. Rudd [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. – 1996. – Vol. 64. – P. 179-190.
57. Farberow, N.L. An item differentiation analysis of MMPIsof suicidal neuropsychiatric hospital patients / N.L. Farberow, A.G. Devries // Psychol. Repor. - 1967. – Vol. 20. – P. 607-617.
58. Gregory, K. Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults / K. Gregory, Ph. D. Brown // Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania - Pennsylvania, PA: Charles Press, 2003. - 57 p.
59. Hamilton, M.A. rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neurol. Neuros. Psychiatry. – 1960. - Vol. 23. - P. 56-62.
60. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression / A.T. Beck [et al.] // Suicide Life-Threat. Behav. - 1993. – Vol. 23. – P. 139-145.
61. URL: <https://paidagogos.com/kak-ispolzuetsya-risunochnaya-metodika-chelovek-pod-dozhdyom.html>
62. Juhnke G.E. SAD PERSONS scale review / G.E. Juhnke // Meas. Eval. Couns. Devel. - 1994. - Vol. 27. - P. 325-328.
63. L.P. Resaik, D.J. Lettie (Eds.). - Bowie, MD: Charles Press, 1974.

64. Linehan M.M. Suicide Intent Scale: Self-Report Form / M.M. Linehan // Unpublished inventory, University of Washington. - Seattle, Washington, 1982.
65. Linehan M.M. Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) / M.M. Linehan // Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Washington. - Seattle, WA, 1996.
66. Meneese W.B. Correlates of suicidal ideation among rural adolescents / W.B. Meneese, B.A. Yutrzenka // Suicide Life-Threat. Behav. - 1990. - Vol. 20. - P. 206-212.
67. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study / G.K. Brown [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. - 2000. - Vol. 68. - P. 371-377.
68. Rudd M.D. The prevalence of suicidal ideation among college students / M.D. Rudd // Suicide Life-Threat. Behav.- 1989. - Vol. 19 (2). - P. 173-183.
69. Shea S. The practical art of suicide assessment / S. Shea. - New York: Wiley, 1999.
70. Social problem solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients / T.J. D'Zurilla [et al.] // J. Clin. Psychol. - 1998. - Vol. 54. - P. 1091-1107.
71. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study / E.S. Paykel [et al.] // Brit. J. Psychiatry. - 1974. - Vol. 124. - P. 460-469.
72. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder / T.P. Sokero [et al.] // J. Clin. Psychiatry. - 2003. - Vol. 64. - P. 1094-1100.
73. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients / A.T. Beck [et al.] // Suicide Life-Threat. Behav. - 1999. - Vol. 29. - P. 1-9.
74. The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity / I. Miller [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. - 1986. - Vol. 54. - P. 724-725.
75. The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and validation / A. Osman [et al.] // Psychol. Repor. - 1998. - Vol. 82. - P. 783-793.
76. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients / J.J. Mann [et al.] // Am. J. Psychiatry. - 1999. - Vol. 156. - P. 181-189.

Методичне видання

**ПСИХОЛОГІЧНА ОЦІНКА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Методичний посібник

Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В.

Підписано до друку 04.02.2019 р.

Формат 60x84/16

Папір офс. Шрифт Times New Roman. Друк. офс.

Ум. друк. арк.

Наклад 300 прим.