Тема 10. Діагностика суїцидального ризику, агресії та адиктивної поведінки

План лекції

10.1. Суїцидальний ризик як динамічна оцінка: структуроване опитування, чинники ризику й захисні чинники

10.2. Результат оцінки як визначення дій: спостереження, безпечний план, залучення рідних чи керівника, невідкладне направлення

10.3. Агресія й адиктивна поведінка: оцінка поведінки й контексту, скринінг AUDIT і DAST

Література: [3, 14, 20]

10.1. Суїцидальний ризик як динамічна оцінка: структуроване опитування, чинники ризику й захисні чинники

Суїцидальна поведінка охоплює континуум від пасивних бажань смерті й суїцидальних ідей до плану, підготовки, спроби та завершеного суїциду. Оцінка суїцидального ризику не є одноразовим прогнозом (надійних інструментів, що точно передбачають суїцид в окремої особи, немає), а динамічним процесом визначення рівня ризику й потреби в захисних заходах, що повторюється за зміни ситуації. Тому діагностична мета полягає не в «передбаченні», а в систематичному виявленні чинників ризику й захисту та плануванні безпеки.

Теоретичні підходи пояснюють механізми суїцидального ризику. Міжособистісна теорія суїциду (Т. Джойнер) виокремлює три чинники: відчуття відчуженості (неналежності), відчуття тягаря для інших і набуту здатність до самоушкодження, що формується внаслідок повторного впливу болю й травматичних подій, зокрема бойових, рятувальних і насильницьких. Інтегрована мотиваційно-волютивна модель, своєю чергою, відрізняє формування суїцидальних ідей від переходу до дій. У професійних контекстах

до цього додаються специфічні чинники. Для військового контексту суттєвими є поєднання травматичного досвіду, моральної травми, втрат, доступу до зброї й навичок її застосування; для правоохоронців і рятувальників – постійна експозиція до смерті й насильства, позмінна робота, стигма звернення по допомогу; для медиків – втома від співчуття, доступ до препаратів, високі вимоги до себе.

Чинники ризику поділяють на постійні (попередні спроби, суїцидальна поведінка в сім'ї, психічні розлади, травматичний досвід у дитинстві), змінні (депресія, безнадія, тривога й порушення сну, зловживання алкоголем, імпульсивність, поточні втрати й кризи – розлучення, звільнення, втрата побратимів чи колег, юридичні проблеми, службове розслідування, хронічний біль, поранення) і ситуативні (доступ до засобів, гострий афективний стан, інтоксикація, публічна ганьба). Противагою їм слугують захисні чинники: соціальна підтримка, відчуття сенсу й відповідальності, навички подолання стресу, доступ до допомоги, релігійні й культурні переконання [14].

Структуроване опитування є основою оцінки. Скринінгова версія Колумбійської шкали оцінки суїцидальної тяжкості (C-SSRS) складається з шести питань «так/ні»: бажання бути мертвим; неспецифічні суїцидальні думки; думки про спосіб без плану; наміри без конкретного плану; план з наміром; суїцидальна поведінка (за життя й за останні три місяці). Результат дає змогу віднести випадок до низького, помірного чи високого ризику й визначити алгоритм дій. Крім того, шкала не потребує клінічної підготовки й використовується в польових умовах, військових та рятувальних підрозділах, відділах поліції, школах і медичних закладах.

Докладнішою є повна версія C-SSRS, яка містить чотири блоки: тяжкість ідей (п'ять рівнів від бажання бути мертвим до плану з наміром); інтенсивність ідей (частота, тривалість, контрольованість, стримуючі чинники, причини), що сумується в діапазон від 2 до 25; суїцидальна поведінка (фактична спроба, перервана спроба, припинена спроба, підготовчі дії) і летальність спроби.

Версії «за життя» і «з останнього контакту» дають змогу оцінювати як історію, так і динаміку. Шкалу безпечно застосовують після короткого навчання, проте її результат не прогнозує окремий випадок, а лише структурує оцінку.

Для швидкого скринінгу в медичних закладах застосовують також коротку серію ASQ з чотирьох питань, пункт 9 опитувальника PHQ-9, шкалу суїцидальних ідей А. Бека (BSS, 19 пунктів), SBQ-R. Водночас мнемонічні переліки чинників ризику не мають достатньої прогностичної цінності, тому їх не використовують як основу рішення. Проте вони можуть слугувати нагадуванням про теми для розпитування.

Принципи опитування: питання ставлять прямо, спокійно й без осуду («Чи бували у вас думки про те, щоб накласти на себе руки?»); використовують нейтральні формулювання; не обіцяють абсолютної конфіденційності; не виявляють розгубленості у відповідь; не нав’язують переконань і не сперечаються; усі відповіді серйозно сприймають, навіть коли їх подають як «жарт» чи «демонстративність». Прямота при цьому виправдана: дослідження свідчать, що пряме питання не провокує суїцидальну поведінку, а знижує напруження й спонукає до розмови.

Сигнали наростання ризику: нещодавні втрати чи ганьба; прощальні висловлювання й роздавання майна; раптове «заспокоєння» після періоду напруги; відхід від побратимів і колег; різкі зміни поведінки; збільшення вживання алкоголю; нехтування безпекою; висловлювання безнадії й тягаря («усім буде краще без мене»). Тому командири, керівники змін і колеги навчаються розпізнавати такі ознаки й повідомляти про них фахівця. Таке навчання є елементом програм профілактики в підрозділах і службах.

Методики. Шкала суїцидальних ідей А. Бека (BSS): 19 пунктів, відповіді 0–2; перші п’ять пунктів – скринінгові (бажання жити, бажання померти, причини жити чи померти, бажання спробувати суїцид, пасивне ставлення до смерті); якщо відповіді на пункти 4 і 5 нульові, решту не заповнюють; діапазон 0–38; оцінює інтенсивність ідей, наявність плану, ступінь підготовки,

стримуючі чинники, прощальні дії; обмеження – самозвіт, залежність від готовності до відкритості [14].

Шкала безнадійності А. Бека (BHS): 20 тверджень «правильно/неправильно», діапазон 0–20; 0–3 – мінімальна, 4–8 – легка, 9–14 – помірна, 15–20 – тяжка безнадійність; безнадійність є сильнішим предиктором суїцидальної поведінки, ніж тяжкість депресії, а значення 9 і більше пов'язують з підвищеним ризиком. Опитувальник міжособистісних потреб (INQ-15) складається з 15 пунктів і двох субшкал: відчуття неналежності та відчуття тягаря для інших. Обидві субшкали відповідають компонентам міжособистісної теорії.

ASQ: чотири питання «так/ні» (чи бажали ви в останні тижні, щоб ви були мертві; чи відчували, що вам або вашій родині було б краще, якби ви померли; чи були думки про самогубство; чи була суїцидальна спроба впродовж життя). За позитивної відповіді додається питання про наявність таких думок просто зараз, яке визначає терміновість допомоги. Опитувальник використовують у закладах охорони здоров'я та службах підтримки. Час заповнення – близько 2 хвилин.

10.2. Результат оцінки як визначення дій: спостереження, безпечний план, залучення рідних чи керівника, невідкладне направлення

Результат оцінки є підставою для дій. Для низького ризику (пасивні думки без плану, є захисні чинники) складають безпечний план, обговорюють джерела підтримки, домовляються про повторну зустріч у короткий термін. Для помірного ризику (активні думки без наміру чи з нечітким планом) додають обмеження доступу до засобів, залучення близьких чи керівника за згодою особи, швидкий контакт із лікарем, частіші зустрічі. Для високого ризику (план з наміром, нещодавня спроба, виражена безнадія й імпульсивність) необхідні безперервне спостереження й негайне направлення до закладу психіатричної допомоги.

Оцінка ризику охоплює базовий (хронічний) рівень, зумовлений постійними чинниками, і гострий (поточний) рівень, що змінюється за кілька годин чи днів під впливом ситуації. Підвищення гострого ризику на тлі високого базового потребує найактивніших заходів. На практиці рішення за результатами скринінгу ухвалюють так: відсутність ідей – стандартний нагляд і повторний скринінг у разі зміни стану; пасивні ідеї без плану – безпечний план і зустріч упродовж тижня; активні ідеї без плану або з нечітким планом – безпечний план, обмеження доступу до засобів, залучення близьких та консультація лікаря протягом 24–48 годин; план з наміром чи нещодавня спроба – не залишати особу наодинці й негайно залучити лікаря. Усі рішення фіксують із часом, учасниками, виконаними діями та домовленостями про наступний контакт.

Безпечний план (С. Стенлі, Г. Браун) – структурований письмовий документ, який складають разом з особою: 1) особисті ознаки наближення кризи; 2) власні способи відволікання; 3) люди й місця, що відволікають; 4) люди, до яких можна звернутися по допомогу; 5) професіонали й телефони допомоги; 6) безпечне середовище – обмеження доступу до засобів. Такий план індивідуалізований, містить конкретні дії й контакти, зберігається в доступному місці. Ефективність такого підходу підтверджують дослідження: втручання на основі безпечного плану зменшують частоту суїцидальної поведінки.

Обмеження доступу до засобів є найефективнішим превентивним заходом: тимчасове вилучення або безпечне зберігання зброї, відокремлення боєприпасів, обмеження доступу до ліків та алкоголю на період кризи. У військових підрозділах, поліції та рятувальних службах це потребує узгодження з керівником (командиром) і виконується з повагою до особи, з поясненням тимчасового характеру заходу. Основою є співпраця, а не покарання.

Залучення рідних чи керівника здійснюють за принципом необхідності: за високого ризику інформування можливе без згоди особи, але за можливості її мотивують погодитися і пояснюють мету. При цьому передають інформацію

про наявність ризику, потребу в нагляді, обмеження доступу, а не подробиці розмов. Роль командира чи керівника – організувати безпечні умови: тимчасове звільнення від завдань, нагляд колег, швидке транспортування до лікаря.

Невідкладне направлення здійснюють, якщо є виражений намір, план з доступом до засобів, нещодавня спроба, сильна інтоксикація, психотичні симптоми або неможливість забезпечити безпеку. Психолог не залишає особу наодинці, передає її лікарю безпосередньо («тепла передача»), документує дії. Після кризи забезпечують супровід: повторні контакти, відновлення соціального зв’язку, поступове повернення до діяльності [14].

Супровід тих, хто втратив колегу, побратима чи близького внаслідок суїциду, вимагає окремої уваги: вони становлять групу підвищеного ризику, переживають провину, гнів, сором. Їм пропонують підтримку, групи взаємодопомоги, консультування. Ширше, дії після суїциду в підрозділі чи колективі (постревенція) охоплюють безпечну комунікацію, підтримку керівника, моніторинг осіб, близьких до загиблого.

Документація оцінки суїцидального ризику має містити результати структурованих питань (відповіді, бали), оцінений рівень ризику, чинники ризику й захисту, ухвалені рішення, виконані дії та домовленості про наступний контакт. Записи роблять фактично й без оцінних суджень. Такі записи водночас є елементом захисту як особи, так і фахівця.

Суїцидальний ризик в інтегрованій допомозі. Суїцидологію включено до змісту підручників з клінічної психології поряд із психологією хворого й організаційними аспектами допомоги. Оцінка ризику потребує узгодження з лікарем: інтегрована модель допомоги передбачає співпрацю психолога, лікаря-психіатра як консультанта, психотерапевта та лікаря загальної практики.

10.3. Агресія й адиктивна поведінка: оцінка поведінки й контексту, скринінг AUDIT і DAST

Агресія в діагностиці розглядається як поведінка, спрямована на заподіяння шкоди іншому, і як стан (гнів), і як риса (ворожість). Розрізняють реактивну (імпульсивну, афективну) і проактивну (інструментальну) агресію, пряму (фізична, вербальна) і непряму. У військовому та правоохоронному контексті агресивні реакції можуть мати функціональний сенс під час бойових дій чи затримання, але в повсякденних умовах після повернення стають проблемою: спалахи гніву, конфлікти в сім'ї, насильство, небезпечне водіння. Тому оцінка поведінки й контексту охоплює частоту, тяжкість, провокувальні чинники, тригери (шум, нагадування про події), роль алкоголю, наявність зброї та історію насильства.

Теоретичні моделі агресії: теорія фрустрації–агресії (Дж. Доллард), соціального научіння (А. Бандура) і когнітивної переробки соціальної інформації (К. Додж), відповідно до якої агресивні особи схильні трактувати неоднозначні сигнали як ворожі. Це простежується й у професійних групах: у військовослужбовців, поліцейських і рятувальників підвищена готовність до загрози й гіперпильність після повернення зумовлюють хибне тлумачення нейтральних подразників як загроз.

Інструменти діагностики агресії: опитувальник агресивності А. Басса й М. Перрі (29 пунктів, чотири субшкали: фізична агресія, вербальна агресія, гнів, ворожість); опитувальник вираження гніву Ч. Спілбергера (STAXI-2: гнів як стан, як риса, вираження назовні, придушення, контроль); шкала імпульсивності Баррата (BIS-11, 30 пунктів); шкала відкритої агресії (OAS) для спостереження за поведінкою; структуровані професійні схеми оцінки ризику насильства (HCR-20) для клінічного та судового контексту. Результати аналізують із урахуванням поведінкових даних і контексту, оскільки самозвіт у цій сфері особливо схильний до заперечення [14; 20].

Зокрема, шкала відкритої агресії (OAS) призначена для реєстрації епізодів спостерігачем у чотирьох категоріях: вербальна агресія, агресія проти предметів, самоагресія, фізична агресія проти інших. Кожну з них оцінюють за чотирма рівнями тяжкості. На відміну від OAS, структурована професійна оцінка ризику насильства HCR-20 охоплює 20 пунктів: 10 історичних, 5 клінічних і 5 пунктів управління ризиком. Підсумком є судження фахівця про рівень ризику, а не сума балів. Найсильніший предиктор насильства – попередня насильницька поведінка. При цьому прогноз виконується в часових межах і за конкретних умов.

Для відмежування агресії як наслідку ПТСР, депресії, травми мозку, зловживання речовинами, особистісних розладів і ситуаційної реакції необхідні анамнез і диференційна діагностика. Наприклад, підвищена дратівливість і гнівливість включені до критеріїв ПТСР (кластер Е), а також нерідко є ознакою депресії, у чоловіків – маскованої. Своєю чергою, діагностична оцінка визначає цільові втручання: навчання регуляції гніву, лікування основного розладу, робота з алкоголем, юридичні й безпекові заходи.

Адиктивна поведінка охоплює вживання психоактивних речовин, алкоголю, нікотину, а також поведінкові залежності (азартні й комп’ютерні ігри, інтернет, покупки). Модель діагностики розрізняє безпечне вживання, ризиковане, шкідливе (з наслідками) та залежність (синдром із втратою контролю, толерантністю, синдромом відміни, збереженням вживання попри шкоду). Для військовослужбовців і працівників екстремальних професій чинниками ризику є стрес, травма, безсоння, культурні норми вживання, доступність речовин. Адиктивні стани нерідко є самолікуванням симптомів ПТСР і депресії [3].

Діагностичні критерії розладу вживання речовин за DSM-5 містять 11 ознак (вживання більших кількостей або довше, ніж планувалося; неспроможність скоротити вживання; багато часу на здобування й відновлення; потяг; нехтування обов’язками; продовження попри соціальні проблеми;

відмова від діяльності; вживання в небезпечних ситуаціях; продовження попри шкоду; толерантність; відміна). Легкий ступінь розладу відповідає двом–трьом ознакам, помірний – чотирьом–п’яти, тяжкий – шести і більше. Для поведінкових залежностей критерії формулюють інакше: розлад, пов’язаний з ігровою поведінкою, за МКХ-11 передбачає порушений контроль, зростання пріоритету гри над іншими інтересами та продовження попри негативні наслідки, як правило, протягом не менше 12 місяців.

Скринінговий тест на розлади, пов’язані з вживанням алкоголю (AUDIT, розроблений за ініціативою Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ)): 10 пунктів, максимум 40 балів; три питання про частоту й обсяг (AUDIT-C), три про ознаки залежності, чотири про шкідливі наслідки. Орієнтовні зони: 0–7 – низький ризик, 8–15 – ризиковане вживання (рекомендується коротке втручання), 16–19 – шкідливе (потрібне втручання й моніторинг), 20 і більше – ймовірна залежність (необхідна поглиблена діагностика, допомога лікаря-нарколога). Надійність висока (альфа близько 0,8–0,9), чутливість і специфічність за порогу 8 близько 0,9. Проте для окремих груп, зокрема жінок, літніх осіб, підлітків, пороги можуть бути нижчими.

Скорочена версія AUDIT-C (перші три пункти) має діапазон 0–12. Поріг ризикового вживання – 4 бали у чоловіків і 3 бали у жінок. Лабораторні біомаркери (фосфатидилетанол, вуглеводдефіцитний трансферин, гамма-глутамілтрансфераза) доповнюють самозвіт, проте їх призначає й інтерпретує лікар. Відповідно, психолог не покладається на них самостійно.

Для скринінгу вживання наркотичних та інших речовин застосовують такі інструменти: DAST-10 (10 питань «так/ні», 0–10 балів; поріг 3 і більше вказує на проблемне вживання, 6 і більше – на потребу в інтенсивній допомозі); ASSIST (структурований тест ВООЗ з 8 питань для різних речовин; ризик низький за суми 0–3, помірний – 4–26, високий – 27 і більше); опитувальник CAGE з чотирьох питань (потреба скоротити вживання, роздратування від критики, почуття провини, вживання зранку для полегшення стану).

Нікотинову залежність оцінюють за тестом Фагерстрема (6 пунктів, діапазон 0–10). За позитивних результатів проводять структуроване інтерв'ю й консультацію лікаря [14; 20].

Поведінкові залежності діагностують за критеріями: втрата контролю, пріоритет діяльності над іншими інтересами, продовження попри негативні наслідки. Для цього застосовують шкалу розладу ігрової поведінки (IGDS9-SF), яка містить 9 пунктів за діагностичними критеріями, та індекс тяжкості проблемного гемблінгу (PGSI) – 9 пунктів (діапазон 0–27; 8 і більше – проблемний гемблінг). Для військовослужбовців розроблені методичні посібники з діагностики схильності до ігрової залежності, що впливає на боєздатність і фінансовий стан сім'ї [3]. Результат інтерпретують разом з даними про функціонування, настрій і сон.

Мотиваційне інтерв'ю є поєднанням діагностики й підтримки: за допомогою відкритих питань, відображення, підсумків фахівець допомагає особі усвідомити ставлення до вживання й готовність до змін. Модель стадій змін (Дж. Прохаска, К. ДіКлементе) допомагає врахувати, що особа може не вважати вживання проблемою (передроздум), роздумувати, готуватися, діяти чи підтримувати зміни. Тому рівень допомоги підбирають відповідно до стадії й тяжкості: коротке втручання, амбулаторне лікування, стаціонарна допомога, підтримка рівних.

Етичні аспекти: конфіденційність щодо вживання речовин, уникання стигматизації й ярликів, чіткість щодо меж (безпека, обов'язкова медична допомога, службові наслідки), використання результатів для допомоги, а не покарання. Саме довіра є передумовою відкритих відповідей, а страх покарання за визнання проблеми пояснює заниження показників.

Методики. Опитувальник агресивності А. Басса й М. Перрі (BPAQ): 29 пунктів, шкала 1–5; субшкали: фізична агресія (9), вербальна агресія (5), гнів (7), ворожість (8); надійність субшкал 0,72–0,85. Опитувальник

використовується для оцінки схильностей, проте відповідь залежить від самоусвідомлення й соціальної бажаності.

STAXI-2: 57 пунктів; шкали стану гніву, риси гніву, вираження гніву назовні, вираження гніву всередину, контроль гніву назовні та всередину; індекс вираження гніву; використовується в клінічних, військових і правоохоронних контекстах для планування допомоги з регуляції гніву.

BIS-11: 30 пунктів, шкала 1–4; субшкали: увага (когнітивна імпульсивність), моторна імпульсивність, неплановість; діапазон 30–120; значення від 72 і вище розглядають як високу імпульсивність, 52–71 – нормальну; використовується як індикатор ризику агресії, залежностей, ризикованої поведінки.

DAST-10: 10 пунктів «так/ні» за останні 12 місяців; діапазон 0–10; рівні: 0 – немає проблем, 1–2 – низький, 3–5 – помірний, 6–8 – значний, 9–10 – тяжкий; використовується для виявлення проблем, пов’язаних із вживанням наркотичних речовин (крім алкоголю та тютюну).

Додаткові шкали суїцидальної поведінки. Переглянутий опитувальник суїцидальної поведінки (SBQ-R) складається з чотирьох пунктів: суїцидальні думки або спроби упродовж життя (1–4 бали), частота суїцидальних думок за останні 12 місяців (1–5), повідомлення іншим про наміри (1–4) і самооцінка ймовірності майбутньої суїцидальної поведінки (0–6). Сумарний показник становить 3–18; значення 7 і вище у загальній вибірці та 8 і вище в клінічній вибірці розглядають як підставу для поглибленого обстеження. Заповнення займає не більше двох хвилин, тому інструмент придатний для первинного скринінгу.

На відміну від скринінгових шкал, шкала суїцидального наміру Бека (SIS, 15 пунктів, кожен від 0 до 2) оцінює обставини спроби: ізоляцію, обраний час, запобіжні заходи щодо виявлення, підготовку, прощальні записки, очікування летальності та ставлення до порятунку. Її застосовують після спроби, коли

необхідно визначити серйозність наміру; сума понад 12 балів пов'язана з високою летальністю методу.

Натомість опитувальник причин для життя (RFL) вимірює захисні переконання: відповідальність перед родиною, страх самогубства, страх соціального несхвалення, переконання щодо виживання і спроможності долати труднощі. Його використовують, коли необхідно виявити внутрішні ресурси, на які можна спиратися в безпечному плані.

Поведінкові попереджувальні ознаки охоплюють пошук засобів, прощання, роздавання особистих речей, раптове заспокоєння після тривалого пригнічення, висловлювання про тягар для інших, різке посилення вживання алкоголю, самоізоляцію й безвідповідальність у виконанні службових чи професійних завдань. Ці ознаки фіксують у спостереженні й повідомленнях побратимів і колег, оскільки самозвіт у ситуації стигми може бути заниженим.

Чинники ризику у представників екстремальних професій. Специфічні для військової служби чинники охоплюють доступ до зброї, поранення і хронічний біль, черепно-мозкові травми, ПТСР, моральну травму, провину вцілілого, втрату побратимів, конфлікти в підрозділі та складні сімейні обставини під час розлуки. Найвищий ризик відзначають у перші місяці після звільнення зі служби і в період між ротаціями, коли втрачається підтримка підрозділу. Ризик зростає в разі поєднання кількох чинників, тому обстеження охоплює їх сукупність, а не окремі ознаки.

Особливості інших професій. Для поліцейських специфічними є доступ до зброї, постійна експозиція до насильства, позмінна робота, службові розслідування й стигма звернення по допомогу; для рятувальників – повторна експозиція до загибелі людей, особливо дітей, і втрата колег під час ліквідації наслідків; для медиків екстреної допомоги – втома від співчуття, доступ до препаратів і професійні помилки з тяжкими наслідками; для гуманітарних працівників – тривала робота в небезпечних умовах з відчуттям безсилля. Загальним є високий поріг звернення по допомогу, тому програми

профілактики поєднують однорангову підтримку, анонімні лінії та навчання керівників.

Додаткові інструменти агресії та імпульсивності. Опитувальник реактивної і проактивної агресії (23 пункти, оцінки від 0 до 2) розрізняє імпульсивну агресію у відповідь на провокацію (11 пунктів) і планову інструментальну агресію (12 пунктів). Розрізнення має практичне значення: реактивна агресія корелює з гіперзбудженням і дефіцитом саморегуляції та піддається тренінгу навичок, проактивна потребує дисциплінарного й нормативного впливу.

Опитувальник CRAFFT (шість пунктів «так/ні») застосовують для скринінгу вживання психоактивних речовин у підлітків. Дві й більше позитивні відповіді вказують на потребу в поглибленому обстеженні. Для дорослих із проблемним вживанням алкоголю застосовують Мічиганський тест (MAST, 25 пунктів), де 5 і більше балів свідчать про ймовірну залежність.

Оцінка ризику насильства базується на структурованому професійному судженні: статичні чинники (історія насильства, ранній початок, антисоціальні риси) поєднують із динамічними (поточне вживання речовин, гнів, нестабільність у стосунках, неприйняття лікування) і чинниками ризику-протидії (соціальна підтримка, стійке працевлаштування). Підсумком є не бал, а категорія ризику й конкретні заходи його зменшення.

Ключові поняття теми: *суїцидальний континуум; чинники ризику й захисні чинники; міжособистісна теорія суїциду; колумбійська шкала (C-SSRS); безпечний план; обмеження доступу до засобів; агресивність і гнів (Басс–Перрі, STAXI-2); AUDIT; DAST-10; мотиваційне інтерв'ю; інтегрована допомога.*

Питання для самоперевірки

1. Які компоненти охоплює оцінка суїцидального ризику та чому вона має динамічний характер?

2. Які чинники ризику й захисту враховують у військовому та цивільному екстремальному контексті (рятувальники, поліція, медики)? Як пояснює суїцидальний ризик міжособистісна теорія?

3. Яка структура C-SSRS і як за її результатами визначають рівень ризику?

4. З яких компонентів складається безпечний план і чому обмеження доступу до засобів є ключовим заходом?

5. У яких випадках і як залучають керівника чи рідних і здійснюють невідкладне направлення?

6. Які інструменти застосовують для оцінки агресії та імпульсивності?

7. Як інтерпретують результати AUDIT і DAST-10, і які дії рекомендовані для різних рівнів ризику?

8. Які фахівці беруть участь в інтегрованій допомозі в разі суїцидального ризику та як психолог узгоджує з ними свої дії?