

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ

**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**ДОСВІД РОБОТИ В АРМІЇ США
ТА АРМІЯХ ІНШИХ КРАЇН ЩОДО
НЕДОПУЩЕННЯ ВТРАТ ОСОБОВОГО
СКЛАДУ З ПРИЧИН, НЕ ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ
ВИКОНАННЯМ ЗАВДАНЬ ЗА
ПРИЗНАЧЕННЯМ**

Методичний посібник

Київ – 2018

УДК 159.9:159.99

Агаєв Н.А., Кокурн О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Методичний посібник. — К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. — 156 с.

У методичному посібнику викладено організаційні, психологічні та медичні заходи профілактики небойових втрат військовослужбовців, що ґрунтуються на закордонному досвіді провідних країн. Наведено статистичні дані армій різних країн щодо втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Надано практичні рекомендації щодо недопущення небойових втрат серед військовослужбовців.

Матеріали посібника можуть бути використані психологами, слухачами, курсантами профільних вищих військових навчальних закладів Міністерства оборони України, офіцерами з морально-психологічного забезпечення та іншими особами, зміст діяльності яких передбачає роботу, спрямовану на недопущення небойових втрат серед особового складу.

Рецензент:

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

Рекомендовано до друку Науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол №4 від 27 квітня 2018 р.)

ISBN

© Агаєв Н.А., Кокурн О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С.

ЗМІСТ

Вступ.	5
РОЗДІЛ 1. Відхильна поведінка військовослужбовців в умовах війни	7
1.1. Відхильна поведінка: поняття, чинники, різновиди.	7
1.2. Типи девіантної поведінки.	9
1.3. Агресивна поведінка.	13
1.4. Аутоагресивна поведінка.	15
РОЗДІЛ 2. Досвід роботи в армії Сполучених Штатів Америки щодо недопущення небойових втрат особового складу	19
2.1. Статистика самогубств і спроб самогубств в армії США в різні роки.	19
2.2. Запобігання суїцидам в Армії США: набутий досвід і напрями на майбутнє	21
2.3. Методи дослідження суїциду в США	25
2.4. Рекомендації американських фахівців щодо попередження самогубств серед військовослужбовців.	27
2.5. Практичні заходи щодо запобігання суїцидам.	30
2.6. Новітні ініціативи зі зниження ризику і профілактики самогубств армії США.	47
2.7. Рекомендації щодо профілактики самогубств з досвіду операції “Іракська свобода”.	49
2.8. Психіатричні епідеміологічні консультації в Армії США.	53
2.9. Морально-психологічні проблеми військовослужбовців США, які можуть призвести до відхильної поведінки.	58
2.10. Поширення культури наркотиків та її вплив на військовослужбовців (досвід війни у В’єтнамі).	68
2.11. Діяльність інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда Міністерства оборони США.	71

РОЗДІЛ 3. Управління ризиком суїциду і гоміциду: обґрунтування та принципи групового нагляду в гарнізонах і місцях постійної дислокації (за досвідом Армії США).	75
3.1. Обґрунтування та принципи групового нагляду. . .	75
3.2. Оцінка ризику суїцидів.	81
РОЗДІЛ 4. Досвід роботи щодо недопущення небойових втрат особового складу в арміях країн світу.	83
4.1. Проблема суїциду в збройних силах різних країн (статистичні дані).	83
4.2. Діяльність з профілактики суїцидів.	90
4.3. Діяльність з профілактики відхильної поведінки. .	91
РОЗДІЛ 5. Практичні рекомендації	112
Список використаної та рекомендованої літератури.	132
Додатки.	136

ВСТУП

Глобальні соціальні зміни та економічна криза в умовах війни призвели до стрімкого зростання “соціально-стресових розладів”, характерні риси яких – установка жити сьогоднішнім днем, втрата сенсу та знецінення життя, моральна нерозбірливість, а результат – різке зниження нормативності поведінки, сплеск психогеній, делінквентності, наркотизації, гетеро- і аутоагресивності, що не могло не відобразитися також і на Збройних Силах України.

В умовах проведення заходів із забезпечення національної безпеки та оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, істотно зростає актуальність проблем забезпечення дисциплінованості та підвищення правопорядку у військах. Загальний рівень дисциплінованості військовослужбовців не повною мірою відповідає вимогам, що висуваються, почастишали випадки самогубств та загибелі військовослужбовців.

Ситуація ускладнюється істотною зміною якісного складу військовослужбовців: сьогоднішній контрактник часто має знижений рівень нервово-психічної стійкості та адаптаційного потенціалу, невисокі пізнавальні здібності, що створює передумови до збільшення числа відхилень у поведінці.

Незважаючи на проведені заходи щодо попередження небойових втрат, статистика таких подій не зменшується. Серйозну стурбованість викликає стан військової дисципліни, особливо випадки загибелі, травматизму особового складу, самовільного залишення частини.

Такий стан справ свідчить про те, що існуюча система роботи з профілактики порушень військової дисципліни і підтримання правопорядку не відповідає сучасним вимогам, що висуваються до Збройних Сил України.

На даний час основним засобом боротьби з відхиленнями в поведінці військовослужбовців є кримінальне покарання, що призводить до переоцінки значущості репресивних заходів у боротьбі з цим явищем і зводить роботу суб'єктів військового управління лише до ліквідації їх наслідків.

Недооцінена роль соціально-психологічних і медико-психологічних заходів у профілактиці девіацій, включаючи усунення причин і умов їх виникнення. Недостатньо врахований досвід роботи в арміях провідних країн світу щодо недопущення втрат особового складу, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Не напрацьовані сучасні підходи і рекомендації щодо зниження кількості відхилень у поведінці військовослужбовців, не приділяється належної уваги ролі командирів (начальників) у роботі з підлеглими.

На сьогоднішній день недостатньо наукових досліджень, присвячених аналізу відхилень у поведінці військовослужбовців, формуванню уявлень про сутність відхилень у поведінці військовослужбовця як суб'єкта збройної боротьби, спрямованих на вивчення поведінки військовослужбовців у бойових умовах. Зокрема, їх відхильної поведінки, причин і способів вчинення ними таких відхилень, як боягузтво, дезертирство, заподіяння шкоди собі або іншим, порушення заходів безпеки, симуляція, порушення правил поведінки зі зброєю, невиконання наказу, вбивство, самогубство тощо. Не вивчено вплив негативних чинників на військовослужбовців – чинників правової незахищеності; чинників безперспективності “світлого майбутнього”; використання насильства як методу управління підлеглими.

Нормальною в бойовій обстановці вважається поведінка, що здійснюється в правовому просторі, орієнтована на основні етичні настанови воєнного часу, не вносить дезорганізацію у діяльність колективу і не ставить під загрозу життя і здоров'я самого суб'єкта поведінки і товаришів по службі.

Поведінка військовослужбовців, що відхиляється від норми, в умовах війни може призводити до значного ослаблення впливу командирів та виникнення небойових втрат.

РОЗДІЛ 1

ВІДХИЛЬНА ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Відхильна поведінка: поняття, чинники, різновиди

Відповідно до наказу Міністерства оборони України № 333 від 26.05.2014 р. “Про затвердження Інструкції з організації обліку особового складу Збройних Сил України”, надано перелік небойових безповоротних втрат:

“2. Облік безповоротних втрат особового складу

2.1. Особовий склад, який безповоротно вибув із Збройних Сил унаслідок загибелі (смерті), полону, зникнення безвісти та з інших причин, становить безповоротні втрати особового складу. Вони розділяються на бойові та небойові.

До небойових безповоротних втрат відносяться особи, які: померли в закладах охорони здоров'я через хворобу та з інших причин, не пов'язаних з участю в бойових діях; покінчили життя самогубством; загинули від необережного поводження зі зброєю, в аваріях, катастрофах та інших випадках, не пов'язаних із виконанням завдань командування”.

Поведінка, що відхиляється від норми у військовослужбовців, в умовах війни може детермінувати небойові втрати.

Відхильна (девіантна) поведінка – система вчинків (окремі вчинки), що суперечить прийнятим у суспільстві нормам і виявляється у вигляді незбалансованості психічних процесів, адаптаційних механізмів і нездатності до морального та естетичного контролю за своєю поведінкою. Слід зазначити, що “порушення поведінки” є у великій мірі соціальним феноменом, що характеризується антигромадською спрямованістю. Психологія розглядає проблему відхильної поведінки як результат недостатнього стримування внутрішнього напруження, наслідок

гіперкомпенсації потреб, фрустрації, блокади задоволення потреби в самоактуалізації, як результат соціального навчання.

Для з'ясування причин девіантної поведінки часто використовується біопсихосоціальна модель Р. Карсона.

Перша група причинних факторів має біологічну природу. Друга група чинників – психосоціальну. Девіантна поведінка є наслідком психологічних якостей, рис характеру, внутрішніх життєвих установок, спрямованості особистості, які мають частково вроджений характер, частково формуються вихованням і середовищем. Однак, особистісна дезорганізація – далеко не єдина причина відхильної поведінки. Третя група факторів має середовищну, соціокультурну природу.

Основними соціально-психологічними видами відхилень у поведінці військовослужбовців є “уникаючий”, “пригноблюючий”, “паразитуючий”.

До відхилень **“уникаючого”** виду відносяться: ухилення від військової служби, суїцид, умисні вбивства. Даний вид відхилень характеризується дезадаптивністю і “втечею з ситуації”.

“Пригноблюючий” вид відхилень об'єднав такі девіації, як порушення правил статутних взаємовідносин і перевищення посадових повноважень. Спосіб реагування на ситуацію – “придушення, примус”.

“Паразитуючий” вид соціально-психологічних відхилень – це злочини проти власності, зловживання службовим становищем, розкрадання зброї і боєприпасів. Спосіб реагування: використання військової організації як джерела підвищення свого матеріального добробуту з нанесенням їй шкоди.

Для всіх трьох видів характерним є інфантильний спосіб реагування на ситуацію, високий рівень мотивації уникнення невдач, низький або високий рівень мотивації на успіх.

В умовах воєн і катастроф соціальні структури різко слабшають, і ймовірність всіх форм девіантної поведінки значно зростає.

1.2 Типи девіантної поведінки

Розрізняють такі типи девіантної поведінки:

– **делінквентна** – поведінка з виразною антигромадською спрямованістю, яка набуває в граничних своїх проявах кримінально караного характеру;

– **адиктивна** – поведінка з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому психоактивних речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності, що спрямована на розвиток та підтримку інтенсивних емоцій;

– **патохарактерологічна** – поведінка, що зумовлена патологічними змінами характеру внаслідок дефектів виховання;

– **аномальна** сексуальна поведінка (девіації, перверсії).

Клінічні форми девіантної поведінки:

– агресивна поведінка;

– аутоагресивна (суїцидальна) поведінка;

– зловживання речовинами, що викликають стан зміненої психічної діяльності (алкоголізація, наркотизація та ін.);

– патохарактерологічні реакції (різних типів);

– аномалії сексуальної поведінки (девіації, перверсії).

Делінквентна поведінка

Різновидом злочинної (кримінальної) поведінки людини є делінквентна поведінка – поведінка, що в граничних своїх проявах є кримінально карним діянням. Відмінність делінквентної від кримінальної поведінки – в тяжкості правопорушень, вираженості їх антигромадського характеру.

Основою делінквентної поведінки людини є психічний інфантилізм з комплексом характерних ознак: невміння розводити ідеальні і реальні цілі; наївність і прямодушність, що не відповідають віку; дитяча захопленість, егоцентризм; формальне виконання обов'язків; небажання і невміння прогнозувати можливі майбутні небажані події (антиципаційна неспроможність); підвищена уразливість; потреба у втішенні та опіці; схильність до різких коливань настрою і виражені афективні реакції.

Делінквентна поведінка в умовах воєн

В умовах воєн і катастроф делінквентна поведінка досить поширена (*мародерство, насильство, дезертирство*). Наприклад, *мародерство* – незаконне привласнення чужого майна в атмосфері безкарності в період катастроф або бойових дій; *насильство по відношенню до місцевого населення* – будь-яка дія по відношенню до особистості або групи осіб, що відбувається проти і всупереч їх волі. Психологічним виправданням таких дій зазвичай є почуття помсти. Мотивація до “знищення особового складу противника” з легкістю переноситься на місцеве населення. Імовірність таких ексцесів в локальних війнах значно зростає. Зворотний бік медалі – вбивство військовослужбовців цивільними особами.

Адиктивна поведінка

Розрізняють такі форми адикції: наркотична, алкогольна, тютюнова, втеча від реальності шляхом зосередження на вузькоспрямованій сфері діяльності. У осіб з адиктивними формами поведінки з’являються такі психологічні особливості:

- знижене перенесення труднощів повсякденного життя поряд із добрим перенесенням кризових ситуацій;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується зі зверхністю, що проявляється зовні;
- зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні;
- прагнення ухилитися від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

Адиктивна поведінка є донозологічним етапом формування алкоголізму і наркоманії та передбачає наявність ситуаційної психічної залежності й “пошукової активності” щодо алкоголю та різних психоактивних речовин.

Адиктивна поведінка серед військовослужбовців у війнах

Під час воєн у Кореї та В'єтнамі від 30 до 45% американських військовослужбовців вживали наркотики або зловживали алкоголем, значна кількість у подальшому ставали залежними від них. На думку низки авторів (Jones F. D., Johnson A. W. Jr.), вживання психоактивних речовин дозволяло комбатантам тимчасово справлятися з психологічними проблемами. У першому періоді війни у В'єтнамі всі психічні розлади становили лише 5% від числа бойових санітарних втрат. Однак у подальшому цей показник зріс до 60%.

Зі складу експедиційного корпусу збройних сил США, який перебував в Індокитаї, щомісяця звільнялися, як “невиліковні наркомани”, від 1 до 2 тис. військовослужбовців. Серед них 50% вживали марихуану, 17,4% – опіум, 2,5% – героїн. Основні представники цієї групи – молоді солдати у віці від 18 до 23 років. Причому в бойових підрозділах відсоток вживаючих наркотики був вищим, ніж у тилових. Серед офіцерів і унтер-офіцерів особи, які вживали наркотики, складали від 10 до 20%. Проявився тісний взаємозв'язок адиктивних розладів з іншими формами деструктивної поведінки: було встановлено, що серед солдатів, що тримаються на гауптвахті у зв'язку з протиправними діями, 63% постійно вживали марихуану, а понад 40% американських солдатів, які поверталися з Південного В'єтнаму, проявляли схильність до агресивної поведінки та насильства.

За даними російських психіатрів, в роки афганської війни близько третини психічних порушень були викликані вживанням наркотиків або алкоголю. Так, серед психічних розладів у рядового складу 31% був викликаний наркотизацією опіумом і гашишем, 35,2% психічних розладів у офіцерів були обумовлені вживанням алкоголю. Це, незважаючи на “сухий закон”, якого дотримувалися в “обмеженому контингенті військ”. У період 1-ї Чеченської війни вживання спиртних напоїв у діючих військах було досить поширене. Масовість вживання алкоголю зростала в період активних бойових дій та знижувалася до 12% в паузах.

За офіційними даними МОЗ України, кількість військовослужбовців (учасників АТО), яка знаходилася у 2015 році з розладами психіки та поведінки з психіатричних і наркологічних стаціонарів – 3791 особа. З них кількість осіб через уживання ПАР – 1877 осіб або 49,5% від усіх осіб (учасників АТО).

Механізми виникнення адиктивної патології

У деякої частини військовослужбовців, у тому числі і серед здорових осіб, на тлі стресового впливу, поряд зі зростанням агресивності та посиленням депресивних проявів, зазвичай відбувається збільшення частоти алкоголізації, наркотизації та інших форм відхильної поведінки. Багато авторів вважають, **що алкоголізм і наркоманія виникають як вторинний симптом по відношенню до невротичних і афектних розладів, а основним механізмом розвитку залежності є підсвідоме прагнення до позбавлення від них.** Наркотизація розглядається ними як процес вироблення механізмів “подолання стресу”, в якому психоактивні речовини відіграють роль своєрідних транквілізаторів, що купірують тривогу та дозволяють “піти від реальності”, обумовлюючи тим самим мотивацію їх прийому (відомо, що алкоголь, опіати, каннабіоїди, включаючись у нейрохімічні механізми, надають виразний анксиолітичний (протитривожний) ефект). Поряд із цим підкреслюється, що виникненню адиктивних розладів сприяють особистісні девіації – деякі типи акцентуацій характеру і психопатій, відсутність соціально спрямованих інтересів, переважання гедоністичної установки, дефекти виховання та ін.

Формування адиктивних розладів у мирних умовах і в бойовій обстановці має істотні відмінності. Якщо в умовах звичайного життя провідна роль належить спадковій обтяженості, порушеному онтогенезу, психологічній схильності до делінквентності, то в бойовій обстановці формування адиктивних розладів обумовлюється стресовим впливом, а особистісна схильність значною мірою визначається чинником низької толерантності до стресу.

У перші місяці, після прибуття в бойову обстановку, починають вживати психоактивні речовини не тільки ті, хто мав наркотичний досвід до служби в армії, а й військовослужбовці, які в минулому не зловживали ні алкоголем, ні наркотиками. Терміни початку формування адикції мало відрізняються від термінів розвитку реактивних станів. Переважають мотиви, що відображають потребу в зміні психічного стану – атактичні (досягнення психологічного комфорту) та гедоністичні (задоволення).

У осіб з адиктивними розладами, сформованими в довоєнний період, в анамнезі частіше виявляються фактори обтяженої спадковості та викривлених типів сімейного виховання. Більш характерні низька шкільна успішність, агресивний патерн поведінки, правопорушення, конфлікти в мікросоціальному середовищі. У період служби в районі бойових дій у них переважають гедоністичні мотиви вживання психоактивних речовин із формальною або повною критикою до наркотизації (відсутність критичної оцінки). Зловживання психоактивними речовинами часто супроводжується вчиненням дрібних крадіжок і розкраданням військового майна, як правило, з метою обміну його на алкоголь або наркотики. В цілому адиктивні розлади в умовах бойової обстановки представлені переважно донозологічними формами зловживання (адиктивною поведінкою). Початковий етап їх формування має виразний реактивний характер і тісно пов'язаний з розвитком в подальшому тривожно-депресивної симптоматики, що може призвести до небойових втрат.

1.3 Агресивна поведінка

Агресією вважається фізична або вербальна поведінка, спрямована на заподіяння шкоди комусь. Агресія може проявлятися в прямій формі, коли людина з агресивною поведінкою не схильна приховувати її. Вона безпосередньо та відкрито вступає в конфронтацію з ким-небудь з оточення, висловлює в його бік погрози або проявляє агресивність у діях. У непрямій формі агресія приховується під особистою неприязню,

ехидством, сарказмом або іронією і, таким чином, тиском на “жертву”.

Різноманітні форми насильства і правопорушення проти особистості нерідко зустрічаються і в Збройних Силах, незважаючи на сувору статутну регламентацію взаємовідносин військовослужбовців.

Види агресивних дій

Існують такі види агресивних дій:

- 1) фізична агресія (напад);
- 2) непряма агресія (злісні плітки, жарти, вибухи люті, що проявляються криком, тупанням ногами тощо);
- 3) схильність до роздратування (готовність до прояву негативних почуттів при найменшому збудженні);
- 4) негативізм (опозиційна манера поведінки від пасивного опору до активної боротьби);
- 5) образа (заздрість і ненависть до оточуючих за реальні та вигадані відомості);
- 6) підозрілість – в діапазоні від недовіри та обережності до переконання, що всі інші люди завдають шкоди або планують це;
- 7) вербальна агресія (прояв негативних почуттів як через форму – сварка, крик, вереск, так і через зміст словесних відповідей – загроза, прокляття, лайка).

Різні види агресивних дій можуть бути обумовлені різними факторами і входити в структуру різних типів девіантної поведінки. Агресивність осіб з психічною патологією у вигляді психопатологічного і патохарактерологічного типів поведінки відрізняється лише особливостями мотивації і симптоматикою захворювань.

За характером об’єкта розрізняють гетеро- та аутоагресію, між якими існують тісні, глибинні зв’язки. Відповідно до провідного причинного фактору розрізняють агресію-напад і агресію-захист.

Незначна частина тяжких правопорушень здійснюється психічно хворими. Зокрема, серед вбивств частка таких випадків становить 3-5%. Найбільш криміногенними є чотири форми психічної патології: шизофренія (64%), наслідки черепно-мозкових травм (9%), алкоголізм (7%) і розумова відсталість (7%).

Типи агресії (за Бассом)

Тип агресії	Приклади
Фізична активна пряма	Нанесення іншій людині ударів холодною зброєю, побиття або поранення з використанням вогнепальної зброї
Фізична активна непряма	Закладка мін-пасток; змова з найманим вбивцею з метою знищення ворога
Фізична пасивна пряма	Намагання фізично не дозволити іншій людині досягти бажаної мети або зайнятися бажаною діяльністю (наприклад, сидяча демонстрація)
Фізична пасивна непряма	Відмова від виконання необхідних завдань (наприклад, відмова звільнити територію під час сидячої демонстрації)
Вербальна активна пряма	Словесна образа або приниження іншої людини
Вербальна активна непряма	Поширення наклепу або пліток про іншу людину
Вербальна пасивна пряма	Відмова розмовляти з іншою людиною, відповідати на її запитання тощо
Вербальна пасивна непряма	Відмова дати певні словесні пояснення чи роз'яснення (наприклад, відмова висловитися на захист людини, яку незаслужено критикують)

Отже, агресія може бути представлена у вигляді дихотомії (фізична - вербальна, активна - пасивна, пряма - непряма).

1.4 Аутоагресивна поведінка*Форми і поширеність аутоагресивної поведінки*

Аутоагресивна поведінка, на відміну від агресивної, спрямована на заподіяння шкоди самій людині. До форм аутоагресії відносяться: суїцидальна поведінка (завершені самогубства, суїцидальні спроби – справжні і демонстративно-шантажні) та аутоагресивні несуйцидальні дії (самоушкодження).

Критеріями суїцидальної поведінки є бажання накласти на себе руки і знання наслідків своїх дій. Самогубство – це не симптом, не синдром і навіть не ознака психічної аномалії, – це форма поведінки людини, що потрапила у складну ситуацію (психологічну кризу).

Суїцид – це соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що переживається людиною. Сукупність суїцидентів представлена трьома основними діагностичними категоріями: *хворими на психічні захворювання, граничними нервово-психічними розладами та практично здоровими особами.*

Особливості суїцидальної поведінки у військовослужбовців

Суїцидальна поведінка – аутоагресивна поведінка, що проявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення і, принаймні, в мінімальному ступені мотивована явними або прихованими інтенціями до смерті. Динаміка розвитку суїцидальної поведінки включає в себе такі етапи:

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

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

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

Надзвичайно велика негативна роль алкоголю в скоєнні суїцидальних дій (понад 60% їх відбувається в стані алкогольного сп'яніння). З одного боку, алкоголь полегшує виникнення суїцидальних думок, з іншого – при їх наявності полегшує реалізацію. Майже всі вони мають такі особливості характеру і поведінки: замкнутість, надмірну чутливість, хворобливе самолюбство, відчуття меншовартості, невдачі, ізольованості, відсутність поваги і турботи з боку оточуючих.

Суїцидальні думки в осіб молодого віку з'являються, як правило, безпосередньо за виникненням складної ситуації (психічної травми). Це подібно до реакції “короткого замикання”. Пресуїцидальний період триває від декількох годин до декількох діб. Привід до здійснення самогубства часто відповідає реальній причині.

В умовах бойової обстановки у певної кількості військовослужбовців, при існуючій щоденній небезпеці для життя, відбувається зниження цінності життя та притуплення почуття безпеки. Тим самим послаблюється інстинкт самозбереження, полегшується реалізація суїцидальних думок, вчинення ризикованих дій, внаслідок яких можна загинути. Війна, як правило, сприяє закріпленню в особистості рис агресивності, жорстокості, що культивуються по відношенню до супротивника, але в конфліктних ситуаціях вони можуть проявлятися й у відношенні до оточуючих. Встановлено, що навіть гетероагресивне за змістом переживання (помста, протест, шантаж) можуть помінати спрямованість і призвести до аутоагресивних дій.

Медичний персонал, який призначений для підтримки психічного здоров'я. Згідно зі стандартами НАТО діагностику, лікування та профілактику порушень психічного здоров'я, емоційних та поведінкових розладів здійснює спеціально навчений медичний персонал. За українськими державними стандартами це може бути лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психофізіолог, лікар-психолог та спеціально підготовлена медична сестра (фельдшер).

Рекомендованими діями за результатами оцінки ризику девіантних форм поведінки є:

1. ***Низький ризик:***
 - нормальні реакції на стресові чинники;
 - медична допомога у зв'язку з соматичною патологією може бути надана після повернення в ППД;
 - не потребує подальшої участі у соціальних програмах підтримки.

2. Середній ризик:

– ті, які потребують корекції поведінкових реакцій, але не несуть високої загрози для себе та оточуючих;

– інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до медичної (психолого-психіатричної) служби в ППД за 2 дні до відправлення військовослужбовця;

– не потребує примусового лікування, але потребує участі у соціальних програмах підтримки.

3. Високий ризик:

– військовослужбовці, які складають групу високого ризику щодо розладів поведінкових реакцій після повернення в ППД;

– інформація про ризик неадекватної поведінки надсилається до командирів підрозділів;

– рекомендовано перебування військовослужбовців під пильним наглядом керівництва військової частини;

– завчасне інформування безпосередніх командирів про подальше проходження військової служби в умовах ППД.

РОЗДІЛ 2

ДОСВІД РОБОТИ В АРМІЇ СПОЛУЧЕНИХ ШТАТІВ АМЕРИКИ ЩОДО НЕДОПУЩЕННЯ НЕБОЙОВИХ ВТРАТ ОСОБОВОГО СКЛАДУ

2.1 Статистика самогубств і спроб самогубств в армії США в різні роки

Темі самогубств військових ветеранів останні 10 років приділяється значна увага, передусім у США, де в останні роки відзначається зростання кількості суїцидів серед військових ветеранів, яке, на думку окремих американських фахівців, набуває вигляду епідемії. Американська адміністрація хоча й спростовує наявність епідемії, але визнає, що в період з 2007 по 2010 роки кількість самогубств серед американських військових ветеранів збільшилася на 11 %. Загалом, Міністерство військових ветеранів США надає щорічні дані, згідно з якими кожного дня себе вбивають від 18 до 22 військових ветеранів, із тенденцією до зростання у період 1999–2010 рр. Однак американці не надають порівняльний аналіз рівня самогубств серед цивільних і ветеранів, тому не зрозуміло, наскільки ця проблема гостро стоїть в американській спільноті.

Статистика суїцидів і спроб самогубств представлена в таблиці 2.1 (на основі щорічних звітів міністерства оборони США).

Заяви офіційних осіб з питання суїцидів в армії США:

17 квітня 2014 р. тоді командувач силами спеціальних операцій армії США адмірал Вільям Харрі Мак Рейвен: “Число самогубств серед військовослужбовців ССО знаходиться на рекордних рівнях”.

3 жовтня 2015 р. тоді командувач силами спеціальних операцій армії США генерал Джозеф Л. Вотел: “Я і члени моєї сім’ї зверталися за консультаціями і психологічною допомогою до фахівців, я наполегливо рекомендую зробити це кожному військовослужбовцю”.

Таблиця 2.1

**Статистика самогубств і спроб самогубств серед
військовослужбовців армії США в різні роки**

Кількість суїцидів (рік/кількість)									
Роки	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	268	309	295	301	319	259	269	266	275
Середній показник кількості самогубств (на 100 000 військовослужбовців)									
Роки	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	15,8	18,4	17,52	18,03	22,7	18,7	19,9	20,2	н.д.*
Кількість спроб самогубств									
Роки	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	н.д.	н.д.	863	915	841	1034	1126	1199	н.д.

н.д.* – немає даних

Довідково:

У 2012 р. в ССО армії США було скоєно 23 суїциди, в 2013 р. – 18. У 2015 р. кількість фахівців, що надають медико-психологічну підтримку військовослужбовцям ССО армії США, досягла 131 особи, в той час як у 2013 р. зазначена цифра становила 60. Станом на початок 2017 р. чисельність ССО становила близько 70 тис. чоловік, близько 8 тис. з яких виконували завдання за межами США. Незважаючи на безліч програм, досліджень і методичних рекомендацій щодо запобігання суїцидів в казармах, змінити ситуацію не вдалося поки жодній армії світу.

За рік 1,7-мільйонна американська армія втрачає в результаті суїцидів більше роти бійців. У 2002 р. сухопутні війська США почали масштабну кампанію щодо запобігання суїцидів серед військовослужбовців. Через два роки виявилось, що в піхоти справи йдуть гірше, ніж у армії в цілому, а при відправці частин в зону бойових дій рівень самогубств зростає.

Керівник антисуїцидної програми армії США підполковник Джеррі Своннер констатував: на “цивілці” люди ще частіше зводять рахунки з життям. У віці від 20 до 34 років рівень самогубств складає майже 22 людини на 100 тисяч населення.

Пентагон, відмовившись ще в 70-ті роки від призову на службу, позбувся багатьох форм дідівщини, але став наражатися на інші проблеми. Моральний дух професіоналів виявився нижчим, ніж у строковиків, а розлуку із сім'єю вони переносили більш гостро. Показовий факт: в одній з кращих і найбільш боєздатних дивізій морської піхоти США – 2-й експедиційній, в певний період зафіксовано майже 150 спроб самогубств, кожна третя – зі смертельними наслідками.

2.2 Запобігання суїцидам в Армії США: набутий досвід і напрями на майбутнє

Одним із головних завдань медико-психологічної роботи в армії є забезпечення осіб, які перебувають на службі, необхідною підтримкою і допомогою в подоланні стресу, спричиненого військовою справою. Подібна допомога передбачає навчання і тренування, психологічні консультації, лікувальні та подальші заходи, спрямовані на пошук альтернативних чи діючих методів боротьби зі стресом і способів мінімізації ризику суїциду.

Спектр суїцидальної поведінки (який може коливатися від натяків до серйозних спроб скоєння суїциду), разом з інтенсивністю стресу від високого темпу роботи, має суттєвий вплив на готовність і завершеність суїциду.

Діюча Програма запобігання суїцидам в Армії, має на меті підтримку підготовленості солдатів, їхніх сімей і цивільного персоналу Армії. Окрім того, Програма сприяє продовженню розроблення політик і процедур, які дають змогу звести до мінімуму суїцидальну поведінку. Однак, рівень самогубств в армії зростає з кожним роком, починаючи від 2004 р. Загальний рівень самогубств у 2009 р. становив 21,7 на 100 000 осіб. Ці дані свідчать про значне зростання порівняно з 2001 р., коли рівень самогубств становив 9,8 на 100 000 осіб.

Усі військові структури мають активні програми із запобігання суїцидам, керівники цих служб регулярно зустрічаються. Наприклад, проводяться регулярні засідання

Комітетів запобігання та зниження ризику суїцидів (Suicide Prevention and Risk Reduction Committee) під керівництвом Міністерства охорони здоров'я, а знедавна – Центра передового досвіду охорони психічного здоров'я (Defense Center of Excellence). Більше того, проводиться щорічна Конференція з питань запобігання суїцидам (Suicide Prevention Conference), до якої кілька років тому долучився Департамент у справах ветеранів США.

Особистісні психологічні характеристики і власні думки можуть підштовхнути солдата до героїчного нехтування своєю безпекою на полі бою, а також до саморуйнівної поведінки у мирний час. Ще в 1897 р. Е. Дюркгайм розвинув перші теорії самогубств у військових. Він визначив самогубства як “смертельні випадки, які настали безпосередньо чи опосередковано від чогось, що потерпілий зробив, знаючи, що результатом цієї дії буде смерть”.

Слід виділити тих осіб, які були відчужені чи не були достатньо пов'язані з соціальними групами; такі люди чинили *егоїстичний суїцид*. З протилежного боку психологічного спектру Е. Дюркгайм запропонував ідею *альтруїстичного суїциду*, що є результатом надмірного злиття із соціумом, унаслідок чого людина настільки стає частиною соціальної групи, що втрачає індивідуальність і готова принести себе в жертву інтересам групи, навіть ціною власного життя. Не дивно, що найбільша кількість альтруїстичних суїцидів чиниться саме серед військових.

Ще в 1950-х роках психологи Н. Фарбероу та Е. Шнайдман представили кілька ключових концепцій у дослідженні щодо попередження суїцидів. Ці концепції зумовили відкриття Лос-Анджелеського центру запобігання суїцидам (Los Angeles Suicide Prevention Center), який впровадив модель негайної консультації та методики допомоги людині із суїцидальними схильностями.

Ця подія стимулювала коронера округу Лос-Анджелес залучати професіоналів у сфері психічного здоров'я до з'ясування причини смерті за допомогою “психологічної автопсії” (в медицині – спостереження явищ за допомогою зору та інших органів чуття; самопочуття хворого), яка стала методикою визначення не тільки

того, як людина померла, а й чому. Це кропіткий процес, який вимагає збирання інформації з усіх наявних записів, а також змістовних бесід із тими, хто знав покійного.

Армія США покладалась на психологічні автопсії протягом 1990-х років, але зараз цей процес замінив Звіт випадків самогубства, який далі розглянуто докладніше. Сьогодні психологічні автопсії використовуються, головним чином, щоб допомогти визначити характер смерті в неоднозначних випадках, тобто коли є сумніви, був це нещасний випадок, самогубство або вбивство.

Американська асоціація суїцидології (AAS – American Association of Suicidology), заснована у 1968 р., стала першою національною організацією, що була спрямована на запобігання суїцидам. Одночасно із цим почали з'являтися публікації, присвячені проблемам в армії, хоча офіційних програм запобігання самогубствам ще не було впроваджено. Психологи та психіатри-дослідники Інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) зацікавились випадками суїцидів серед персоналу Армії і розпочали кілька суттєвих досліджень щодо випадків самогубств.

Період 1980-х років характеризується підвищеною цікавістю до цієї проблеми і значним прогресом у запобіганні суїцидам серед військових. У 1985 р. Головне управління Сухопутних військ США (DA – Department of the Army) опублікувало “Посібник з профілактики самогубств і деструктивної поведінки” (РАМ 600-70), який розвінчував багато міфів про суїциди та пропонував стратегії запобігання саморуйнівній поведінці. Потім з'явився посібник DA РАМ 600-24 від 30 вересня 1988 р. “Запобігання суїцидам та психологічна автопсія”.

У ньому детально розглядаються принципи запобігання суїцидам. Ця праця сформувала політичний курс і необхідні процедури для становлення Програми запобігання суїцидам в армії (ASPP – Army Suicide Prevention Program) та проведення психологічних автопсій. Це, у свою чергу, стало основою для створення методологічних принципів всіх заходів щодо запобігання суїцидам в Армії, а також логічним обґрунтуванням обставин використання та інструкції зі звітності психологічної автопсії.

У 1999 р. Головне управління Сухопутних військ США уклало договір з AAS та розробило посібник “Профілактика самогубств: керівництво і матеріали для Армії США”. На основі принципів охорони психічного здоров’я було створено програму запобігання, “спрямовану на рятування життів і зменшення впливу саморуйнівної поведінки із використанням триступеневого підходу для досягнення найефективніших методів запобігання суїциду”. Перший рівень – первинна профілактика (складався з програми, створеної задля передбачення критичних моментів у кар’єрі особистості та зменшення стресу). Наступний рівень – вторинна профілактика (містив загальні необхідні програми спеціальної підтримки та критичного консультування, на випадок, якщо особа стикається з кризовим періодом життя і їй потрібна допомога професіонала). Останній рівень – третинна допомога (був розроблений з метою забезпечення негайної допомоги у разі потенційно небезпечних для життя криз і потреби допомоги фахівця з охорони психічного здоров’я).

Ці стратегії запобігання суїциду використовуються в США і сьогодні. Проте, Програма ASPP (Програми запобігання суїцидам в армії) зазнавала і критики на свою адресу. І в 2000 р. Відділ кадрів і Адміністративний відділ (the Army G-1, раніше відомий як відділ заступника начальника штабу Сухопутних військ з кадрів) у співпраці з Управлінням начальника військово-медичної служби (OTSG – Office of The Surgeon General) та Управлінням начальника служби капеланів проаналізували програму та вирішили, що загалом вона є робочою, проте потребує неопосередкованої участі керівництва і поглибленої підготовки. У 2001 р. в Армії США впроваджено План запобігання самогубствам, який підкреслює превентивні заходи і методи втручання, скеровує командування взяти на себе відповідальність за проведення Програми і синхронізує та поєднує ресурси на рівень впровадження. Нещодавні дії Спеціальної групи запобігання суїцидам в Армії (Army Suicide Prevention Task Force) були проведені на основі цього плану. Попри ці зусилля, рівень самогубств в Армії США продовжував зростати.

2.3 Методи дослідження суїциду в США

Хоча на сьогодні медики не можуть точно визначити осіб, які скоять самогубство, зниження кількості самогубств залишається надзвичайно важливим завданням охорони здоров'я, а їх передбачення є необхідною умовою для превентивних заходів.

Задля поліпшення здатності медичного співтовариства прогнозувати самогубство необхідні методи дослідження, ефективні для вивчення поведінки при низьких кількостях захворювань або схильностей. Система епідеміологічного контролю пропонує саме такий метод, в який входять **рандомізовані клінічні випробування (RCTs – randomized controlled trials)**, групові дослідження та методи типу **“випадок-контроль”**.

У RCTs особи безсистемно підпадають під одне з кількох середовищ впливу, що дає змогу побачити вплив середовища та його наслідки.

Групові дослідження мають більш наглядний характер в тому сенсі, що дослідник не контролює, які особи підпадають під вплив певного середовища. Замість визначення та класифікації природного впливу змінних, які цікавлять дослідників, група учасників дослідження зазнає впливу конкретних середовищ. Цей підхід дає змогу вивчити деякі теми, які неможливо вивчити через RCTs. Проте групові дослідження неефективні для рідкісних випадків; необхідна величезна група, щоб мати можливість відсіяти хибно позитивні результати, на підставі яких можна робити висновки.

На відміну від цього, дослідження **“випадок-контроль”** виявляє осіб, які є позитивними для конкретного результату, і порівнює їх із негативним результатом.

Розгляд цих основних методів показує, що RCTs не може чітко визначати ефект впливу численних змінних (наприклад, жорстоке поводження з дітьми, вплив бойового оточення) на самогубство.

Дослідження у великих групах має очевидні переваги, але вони дуже вартісні та неефективні для рідкісних випадків із довгостроковим результатом.

Модель “випадок-контроль” пропонує ефективний, етичний підхід для покращання передбачення ймовірності суїциду. Система спостереження “випадок-контроль” може ефективно виявити осіб зі суїцидальними схильностями та порівняти їх із пацієнтами контрольної групи.

Система спостереження суїцидів в армії

Хоча було проведено низку досліджень у Сполучених Штатах та Європі (Національний центр запобігання нещасним випадкам, Всесвітня організація охорони здоров'я, регіональний відділ Європи (ВООЗ-Європа), Мультицентр вивчення парасуїциду), їх результати не можна узагальнювати стосовно всіх осіб Армії США.

Солдати є окремою демографічною групою населення, яка стикається з унікальним стресом через роботу. Армія – це молодша, етнічно різноманітніша і непропорційно чоловіча група порівняно з більш широкими масами населення США. Багато солдатів переживають унікальний досвід і стрес; окрім того, завдання в армії змінюються час від часу, а отже, змінюються і чинники стресу. Таким чином, цивільні зусилля з нагляду самогубств можуть бути обмеженими у застосуванні.

Програма системи спостереження пропонує низку конкретних переваг.

По-перше, ці зусилля дають змогу спостерігати за тенденціями під час зміни військових місій.

По-друге, унікальні чинники ризику в армії, як от передислокації, вплив бойового оточення, тренувальні завдання, повторювальні зміни локації тощо, можна дослідити.

По-третє, це дає змогу отримати рекомендації з доопрацювання методів профілактики самогубств в армії.

І, нарешті, програма спостереження самогубств надає можливість для оцінки ефективності програм і напрямів у галузі попередження суїцидів.

Нещодавно в Армії була створена довгострокова програма спостереження самогубств на додачу до інших методів відстеження ризику.

2.4 Рекомендації американських фахівців щодо попередження самогубств серед військовослужбовців

Робоча група Пентагону, яка вивчала ситуацію з самогубствами в армії США, (2010 р.) передала свою доповідь міністру оборони Роберту Гейтсу.

Незважаючи на всі зусилля, командуванню армії поки не вдається зупинити зростання числа самогубств військовослужбовців. За п'ять років, з 2005 по 2009 рр., понад 1 100 осіб з власної волі пішли з життя. У середньому це одне самогубство кожні 36 годин. Якщо в 2007 р. військовослужбовцями було скоєно 224 самогубства, то в 2008 році – 268, в 2009 р. – 309 і 1 713 чоловік намагалися вбити себе.

Конгрес дав міністру оборони доручення заснувати спеціальну робочу групу, яка розробила б заходи попередження самогубств серед солдатів і офіцерів. Результати роботи робочої групи представили генерал-майори медичної служби Філіп Волпі і Бонні Керролл. Для того щоб дати корисні і доступні рекомендації, робоча група сформулювала **шість керівних принципів**:

перший: самогубство і суїцидальну поведінку можна попередити;

другий: попередження самогубства починається з командирів і вимагає від військового колективу всебічної участі;

третій: запобігання самогубству – це довгострокове завдання, для вирішення якого необхідно задіяти комплексний підхід всієї системи охорони здоров'я;

четвертий: гарне здоров'я військовослужбовців, їх фізична форма, включаючи стан їх розуму, тіла та духу, мають ключове значення для попередження самогубств;

п'ятий: рекомендації робочої групи повинні відображати найкращі методи і новітні наукові дані, а також прийматися на основі консенсусу експертів;

шостий: рекомендації повинні бути сумісні з традиціями військових і опиратися на сильні сторони армії.

Успіх приходить тоді, коли командири беруть на себе відповідальність. Ключова рекомендація робочої групи полягає в тому, що **програму попередження самогубств повинні очолювати командири**, вони повинні нести відповідальність на всіх рівнях за позитивний клімат в підрозділах, гарне самопочуття, загальний стан, за надання допомоги військовослужбовцям, що її потребують. Необхідно розробити нові інструменти, за допомогою яких командири зможуть запобігати самогубствам. Вкрай важливо, щоб зусилля концентрувалися на стані військовослужбовця в цілому, його настрої, здоров'ї його тіла і духу, на його стійкості до факторів ризику і здатності користуватися захисними механізмами. Це основа первинного попередження. Зменшення навантаження на військовослужбовців, забезпечення більшої тривалості відпочинку між бойовими операціями. Це дозволить військовослужбовцям швидше відновитися. Необхідно розробити кампанію заохочення тих, хто шукає допомоги, щоб звернення за психологічною допомогою стало сприйматися як нормальне явище.

Під час інспекцій у військових частинах стало відомо, що військовослужбовцям нудно на лекціях з попередження самогубств. Вони відчували, що це робилося для галочки, а не для того, щоб забезпечити їх засобами захисту, які їм потрібні.

Виявилася необхідність розробити професійну систему профілактики, особливо серед співслужбовців, членів сімей, наставників новобранців, капеланів і фахівців-психологів, щоб виявляти військовослужбовців, які перебувають у стані збентеження. Одна з пропозицій робочої комісії полягала в тому, щоб розробити єдиний стандарт розслідування випадків самогубства, спроби самогубства, вивчити останні дні, останні місяці, останній рік життя солдата, що передував самогубству або

спробі самогубства. Як зразок використовувати розслідування нещасних випадків в авіації.

Авраам Лінкольн приніс нації зцілення в розпал Громадянської війни такими словами: “Не маючи злоби ні до кого, з милосердям до всіх, з непохитною вірою в добро, яким Господь вчить нас його бачити, докладемо ж усіх зусиль, щоб закінчити розпочату роботу, перев’язати рани нації, подбаємо про тих, на кого ліг тягар битви, про їх вдів і їх сиріт, зробимо все, щоб отримати і зберегти справедливий і тривалий мир як серед нас, так і з усіма іншими країнами”.

Такі ж завдання командування армії: подбати про тих, хто повинен винести на своїх плечах весь тягар бойових дій, зміцнити їх сили, врятувати життя і запобігти самогубству.

Збройні сили виконали роботу зі збору даних, перш за все, демографічних (вік, родинний стан, військове звання, тощо), які можуть бути чинниками суїцидальної події. У той же час, одна з найбільш наполегливих рекомендацій полягала в тому, що необхідно уважніше спостерігати за солдатами, відійти від демографії та приділити увагу динаміці суїциду, тим обхідним шляхам, за якими людина, колись цілком дієздатна, приходиться до думок про самогубство, навчитися розпізнавати цю схильність на ранній стадії, щоб встигнути вжити заходів, надати допомогу

В армії США є проблема презирливого ставлення до солдатів, які звертаються за допомогою у вирішенні емоційних або психологічних проблем. Солдатів з суїцидними нахилами принижують, ізолюють, публічно висміюють. Відповідальність у цьому випадку лягає на командира підрозділу. Одні командири виявляють зрілість і досить ефективні в моральній підтримці своїх солдатів, інші – ні. Командування бере під захист такого солдата, його можуть перевести в штаб частини, на конторську роботу, де він завжди на очах у молодших командирів та офіцерів.

2.5 Практичні заходи щодо запобігання суїцидам

1. За інформацією медиків, до самогубств військових підштовхує не тільки депресія, постійний стрес, але й переживання за сім'ю тощо. Тому в країні створили спеціальні Центри підтримки сімей. Так, якщо американський військовий їде в довгострокове службове відрядження, то він не думає, що буде з його родиною. Центр подбає, щоб працевлаштувати його дружину. Мало того, цей же Центр організовує дозвілля на території гарнізону для військових, надасть різні побутові послуги за зниженими тарифами, надасть морально-психологічну, консультативну та навіть фінансову допомогу.

2. Працює Програма оцінювання здоров'я після проходження військової служби в розгортанні (PDHA – The Post-Deployment Health Assessment), яка дає змогу оцінити стан військовослужбовців по поверненню з війни. Ця програма була реалізована після війни у Перській затоці (1990–1991 рр.). Однак солдати після повернення часто приховували симптоми психологічних розладів, адже хотіли швидше потрапити додому.

3. З 2005 р. програму PDHA об'єднали з програмою повторного оцінювання здоров'я після проходження військової служби в розгортанні (PDHRA – Post-Deployment Health Re - Assessment), що проводилася через 3 та 6 місяців після повернення додому. Її було розроблено для того, щоб налагодити зв'язок із військовослужбовцями, які після “медового місяця”, проведеного вдома, поверталися на службу.

Щоб допомогти військовослужбовцям із проблемами, що виникають під час розгортання в райони бойових дій і після повернення на військову базу, були розширені сімейні програми. В Інституті військово-медичних досліджень Волтера Ріда та інших закладах існують спеціалізовані програми для сімей поранених. Ці програми намагаються підготувати дітей до того, щоб вони могли адекватно сприймати спотворених від поранень батьків або батьків без кінцівки.

Зростання рівня самогубств стало предметом глибокого занепокоєння для всієї Армії США. Така ситуація була спричинена поєднанням колективного та особистого чинників. Це – швидкий темп проведення військових операцій, почуття відчуженості після повернення додому, проблеми на службі або вдома, біль і втрата працездатності, алкоголь і легкий доступ до зброї.

4. Щоб зменшити кількість самогубств, на найвищому рівні були запроваджені послідовні заходи. Серед них – численні спеціалізовані навчальні програми для військовослужбовців з питань взаємодопомоги і для військових, які виконують наглядово-контрольні функції. Проте зазначені зусилля стали лише частково успішними, оскільки надто важко відновити психіку людини, яка тривалий час стикалася з насильством і “дивилася смерті в очі”.

5. У листопаді 2007 р. створено Науково-інноваційний центр Міністерства оборони США. Його діяльність зосереджено на вивченні та застосуванні передових практик охорони психічного здоров'я і боротьбі зі стереотипами.

6. Серед інших заходів треба зазначити Комплексну програму лікування розладів психіки. Департамент у справах ветеранів війни Міністерства оборони США розробив Програму охорони психічного здоров'я, було відкрито Національний центр психологічної реабілітації поранених солдатів (National Intrepid Center of Excellence).

Так, з метою визначити мотивацію солдатів, які мали спроби здійснити самогубство, було переглянуто програму із запобігання самогубствам в армії США.

Відомо, що поширення самогубств не відображає загалом стан психічного здоров'я військовослужбовців. Американські військові проходять відбір і мають доступ до безкоштовного медичного обслуговування, тобто ці чинники вже мають знижувати кількість самогубств. Не дивлячись на всі заходи, що вживаються, рівень самогубств серед військових продовжує щороку зростати.

Заходи для попередження самогубства в різні періоди дислокації військ

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

1) щорічне навчання заходам з попередження суїцидів та підвищення обізнаності з проблем суїциду;

2) навчання командирів підрозділів необхідним діям для превенції суїциду;

3) навчання заходам з попередження самогубств серед особового складу (з розрахунку не менше 1 військовослужбовця на 50 осіб).

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

– підготовчий (період бойового злагодження);

– в умовах виконання завдань під час ведення бойових дій;

– в умовах повернення до ППД та повторного направлення військовослужбовців для виконання завдань за призначенням;

– в період реінтеграції До навчання мають бути залучені військовослужбовці кожного підрозділу, їх командири, медичні та інші фахівці, які займаються питаннями неадекватної поведінки людини, капелани, а також члени сімей військовослужбовців.

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

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

Превентивні заходи повинні проводитися протягом всього циклу дислокації військовослужбовців.

Превентивні заходи під час підготовчого періоду (бойове злагодження)

Під час підготовчого періоду основними напрямками роботи в окремому підрозділі є:

- 1) навчання з попередження суїцидів та підвищення обізнаності з проблем суїциду;
- 2) раннє виявлення схильності до суїцидальної поведінки;
- 3) скринінг-діагностика перед направленням військовослужбовців для виконання завдань за призначенням.

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

Навчання з попередження суїцидів та підвищення обізнаності з проблем суїциду

Загальні рекомендації

1. Навчання фокусується на визначенні чинників ризику та ранніх ознак суїциду (акцентується увага на тому, як отримати необхідну допомогу).

2. Корисність та адекватність навчання має забезпечуватись постійним внесенням нової інформації до презентацій, застосуванням рольових ігор.

3. За можливості слід залучати членів родини.

4. За можливості слід задіяти службу капеланів.

5. У побудові психологічної стійкості важливе значення має навчання розумінню бойової обстановки.

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

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

антипсихотичні засоби. Також не дозволяється направляти осіб, які приймають препарати, що потребують постійного контролю з боку лікаря (літієві або вальпроєві кислоти).

Програма запобігання суїцидам в Армії США

Ініціативи та зусилля, спрямовані на мінімізацію суїцидальної поведінки Управління заступника начальника штабу Сухопутних військ США з кадрових питань.

Це управління (Human Resources Policy Directorate Army G-1) є прибічником ASPP і займається збиранням демографічних даних щодо скоєних суїцидів. Ці дані допомагають штабу Армії США, керівництву, працівникам програми на рівні впровадження та наглядачам виявляти тенденції і розвиток нових ініціатив з урахуванням цільової підготовки та заходів для мінімізації суїцидальної поведінки в армії.

Програма запобігання суїцидам в Армії США, яку детально розписано у DA RAM 600-24, 22, також передбачає створення Оперативної групи запобігання суїцидам на кожному з рівнів впровадження. У 2006 році Army G-1 сформувало Комплексну робочу групу, що об'єднала і синхронізувала зусилля на рівні центрального апарату штабу Сухопутних військ США. Ця група регулярно збиралася для виділення поточних ініціатив, прогалин у ресурсах і тенденціях.

Пріоритетним завданням стало практичне застосування конкретної підготовки для солдатів і командирів. Програми Армії сконцентрували увагу на тренуванні наглядачів – командирів, священиків, сержантів охорони психічного здоров'я та інших.

У виданні “Журналу Американської медичної асоціації” від 26 жовтня 2006 р. було зазначено: “...роль наглядачів чітко формалізована, а спосіб лікування визначений і доступний в умовах Армії, обізнаність наглядачів допомагає знизити рівень суїцидальної поведінки. Необхідно проводити демонстраційні заходи для інших наглядачів із проміжними переглядами результатів, як от кількість направлень на лікування і кількість психіатричних лікувальних курсів”. Задля навчання наглядачів Army G-1 розпочало співпрацю з такими зовнішніми організаціями,

як Living Works Education та інститут QPR зі Спокану (Вашингтон), щоб забезпечити обізнаність щодо суїцидів.

Протягом кількох років основним напрямом у запобіганні суїцидам було Практичне тренування із запобігання суїцидам (ASIST – Applied Suicide Intervention Skills Training).

Ця програма – комерційний продукт організації Living Works (Калгарі, Альберта, Канада). У 2002 р. Армія профінансувала в межах ASIST групові заняття із супутнім комп'ютерним інтерактивно-навчальним програмним забезпеченням. У 2005 р. Army G-1 профінансувало тренінги QPR для військовослужбовців, щоб надати додаткові ресурси та провести інформаційну профілактику самогубств: підготовку, запобігання, втручання і навички виявлення ризиків самогубств в армії. Організації мають можливість обирати навчальні ресурси, що найкраще відповідають їхнім потребам; багато хто продовжує використовувати як основний курс навчання Living Works Education, який сертифікував більше 700 наглядців із профілактики та запобігання самогубствам. Окрім цього, інститут QPR має сотні сертифікованих фахівців із профілактики самогубств.

Army G-1 також проводить багато інших тренувальних заходів, а саме:

- забезпечення проведення тренінгів із профілактики самогубств для всіх солдатів у межах процесу підтримки циклу розгортання;

- активізацію і становлення Оперативної групи запобігання суїцидам і прийняття ключової стратегії із запобігання самогубствам, а також активне координування зусиль основних підпорядкованих підрозділів;

- розроблення і розповсюдження інформаційних карт, спрямованих на піклування про товаришів, попереджувальні знаки/чинники ризику і ресурси (карта – графічний допоміжний навчальний посібник [GTA #12-001-01], який можна замовити через комітет і Національний навчальний центр аудіовізуальної інформаційної підтримки (Training Audiovisual Support Center)).

Медичне командування і начальник Медичної служби Армії США.

Управління начальника медичної служби Армії США (OTSG) і Медичне командування Армії США (MEDCOM – U.S. Army Medical Command) підтримують ASPP, надаючи медичну допомогу, проводячи дослідження й аналіз даних і оцінюючи системи медичної підтримки. У 2007 р. OTSG створило Управління з попередження самогубств як частину MEDCOM для забезпечення більшої наочності програм, отримання даних, виявлення тенденцій і забезпечення керівників своєчасною інформацією. Це управління створене, щоб стандартизувати методи і процедури для майбутніх команд епідеміологічних консультацій (EPICON – Epidemiological Consultation DoD), поліпшити методи спостереження за станом здоров'я, документи, що використовуються для посмертного огляду; складати Звіти про суїцидальні випадки для Міністерства оборони (DoDSER – Department of Defense Suicide Event Reports) щодо спроб/скоєння самогубств, які надаються керівнику програми ASPP на рівні установи.

Однак наразі його функції адаптовані під новий підрозділ спостереження за самогубствами, що керується колишнім Центром поліпшення здоров'я і профілактичного лікування Армії США (CHPPM – US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine), нещодавно перейменований у Тимчасове управління суспільної охорони здоров'я (PHC(P) – Public Health Command (Provisional)).

Надалі досвід CHPPM буде використаний для аналізу і застосування PHC(P). CHPPM також підтримував ASPP, зосередившись на безперервному дослідженні і розвитку обізнаності та навчальних ресурсах. Наприклад, протягом 2006 календарного року зусиллями Центру було надано 2000 навчальних і тренувальних посібників для капеланів. Теми цієї навчальної програми передбачають ознайомлення з тривожними ознаками суїцидальних думок і поведінки й розвиток навичок втручання.

Ці заходи профілактики самогубств є частиною поточних зусиль, які містять брифінги, спеціально розроблені для певних

груп населення, картки з підказками, попереджувальні знаки і картки зі вказаними чинниками ризику для розповсюдження під час навчання. СНРРМ розробив акронім “ТУЗ”: “Турбуйся”, “Укрий від небезпеки” і “Запитай” – задля полегшення сприйняття основної ідеї допомоги товаришам, які можуть мати суїцидальні схильності.

“Турбуйся” фокусується на використанні вміння слухати і на розумінні ситуації, щоб забезпечити правильне поєднання ресурсів або допомоги. “Укрий від небезпеки” означає, що солдата не можна лишати на самоті, а також необхідно супроводжувати його або знайти особу, яка зможе надати солдату професійну допомогу.

“Запитай” базується на тому, що необхідно запитати товариша про його стан думок (наприклад, “Ти думаєш про самогубство?”), демонструючи при цьому спокій).

Обізнаність – ключовий інструмент ASPP. СНРРМ взяв на себе ініціативу поширити за допомогою плакатів обізнаність щодо цього питання в Регулярній армії, Національній гвардії Армії (ARNG) та Резерві Армії (USAR).

У 2007 р. Центр завершив підготовку й інструктаж і приступив до поширення інформації про самогубства за допомогою військових священиків, щоб поліпшити навички солдатів у виявленні осіб, які опинилися в зоні ризику. У такий спосіб відбувається процес наставництва керівництва або супроводження солдатів до надання їм професійної допомоги. Священики та інші посередники можуть отримати всі допоміжні матеріали (наприклад, картки з підказками, брошури, плакати, інструкції) через веб-сторінку програми профілактики суїциду СНРРМ Army Knowledge Online (АКО) (<https://www.us.army.mil/suite/page/334798>) та веб-сторінку Медико-санітарної інформації та допомоги (http://chppmwww.apgea.army.mil/hio_public/orders.aspx).

MEDCOM і SRMSO розробили основний метод спостереження за самогубствами в армії – DoDSER про спостереження та скоєні самогубства і не смертельні випадки, які призвели до транспортування та/або госпіталізації. Розроблена та схвалена форма Звіту про випадки самогубств (ASER) використовується Відділом медичних досліджень Армії США у

Європі як засіб відстеження на місці, в режимі реального часу, самогубств і суїцидальної поведінки серед персоналу Армії США на території Європи.

Відповідно до рекомендацій Консультаційної команди з питань психічного здоров'я (МНАТ – Mental Health Advisory Team), MEDCOM дало розпорядження проводити Звіти у районі бойових дій в Іраку. SRMSO, розташоване у Форт Льюїсі (штат Вашингтон), здійснювало оперативний нагляд за ASER і проводило регулярний аналіз даних, на підставі яких опубліковувало доповіді щодо цих досліджень. У 2008 р. всі служби почали використовувати форму, якою став DoDSER. SRMSO також несе відповідальність за внесення змін до DoDSER.

Управління наказує проводити DoDSER у всіх смертельних випадках, госпіталізації та евакуації; у випадках, коли особа самотійно завдала собі травмування, каліцтво або шкоду. Це не означає заміну психологічної автопсії, яка обмежена фактом смерті й сумнівним випадком (наприклад, незрозуміло, є це нещасним випадком, самогубством або вбивством). DoDSER доступний за адресою: <https://dodser.t2.health.mil/dodser/>. Програми спостереження розглянуто в СНРРМ (зараз РНС[Р]) передбачає оперативний контроль програми спостереження за самогубствами в Армії США з 2009 р.

Головний капелан

Священики (капелани) Армії США продовжують програму “Міцні зв’язки”: збагачують і розвивають довгострокові стосунки для одруженого і неодруженого персоналу, використовуючи семінари з побудови довіри та практикуми.

У теперішній час в Армії США над програмою працюють 1500 священиків на військовій службі та 1200 – у резервних військах. Тренінг з усвідомлення і профілактики самогубств є основним інструментом на підтримку ASPP. Капелани надають психологічну консультацію солдатам і членам їхніх сімей, яким, можливо, буде необхідна допомога працівника охорони психічного здоров'я. Служба управління військових священиків тісно співпрацювала з СНРРМ, щоб розробити стандартизовані

інструкції для всіх священників і командирів щодо обізнаності й запобігання самогубствам.

Ця програма підтримки навчання була завершена в 2007 р. і сьогодні доступна для всіх капеланів Армії. Більше того, корекційна програма з профілактики суїцидів АСЕ для молодших командирів зараз викладається на щорічному підготовчому курсі для військових священників. Приблизно 200 військових капеланів пройшли цей курс у 2008 р.

Командування з управління військовими об'єктами

Командування гарнізону надає підтримку підпорядкованим підрозділам на рівні управління військовими об'єктами. Так, вони мають координувати діяльність щодо запобігання самогубствам на рівні встановлення програми. Заступник начальника гарнізону з кадрових питань призначає Командування з управління військовими об'єктами (IMCOM – Installation management command) виконавцем ASPP з метою усунення плутанини ролей та обов'язків на користь підтримки Програми.

Вище командування IMCOM підтримує програму, залучаючи командування в регіонах і командирів військових об'єктів. Додатковою підтримкою є створення Рад співтовариств зі зміцнення та охорони здоров'я (CHPCs) через Регламент Армії США 600-63 “Заходи зміцнення здоров'я в армії”, який скеровує створення СНРС на кожному військовому об'єкті Армії. Подібна Рада забезпечує активну, скоординовану і синхронізовану місцеву програму, є відповідальною за втілення плану діяльності з попередження самогубств відповідно до ASPP.

Національна гвардія Армії США

Національна гвардія координує широку програму для особового складу, що перебуває на дійсній військовій службі, щодо політики розвитку, навчання, тренування, проведення семінарів, конференцій і маркетингу. Програма запобігання суїцидам у Національній гвардії відображає програму Регулярної армії з невеликою різницею через особливості Національної гвардії.

Основні відмінності і проблеми пов'язані зі збиранням даних і їх доступністю. Як і в Регулярній армії, програма Національної

гвардії використовує цілісний підхід, що враховує запобігання самогубствам, втручання і нагляд.

Командування і керівники програм впроваджують заходи щодо попередження самогубств у межах своїх структур шляхом удосконалення життєвих навичок у таких напрямках, як профілактика зловживання алкоголем і наркотиками, уникнення стресу й управління гнівом, навчання спілкуванню та вирішенню конфліктів.

Окрім того, особовий склад пройшов підготовку з антикризових заходів проти самогубств, вивчив напрями процедури кризового втручання. І, нарешті, враховуючи руйнівний вплив самогубства на тих, хто знав покійного, програма Національної гвардії з попередження самогубств передбачає нагляд, який також відомий як “профілактика для наступного покоління”.

У квітні 2007 р. командування Нацгвардії вирішило, що всі штати мають передбачати посаду керівника Програми запобігання самогубствам (SPPM – Suicide prevention program manager) у кожному головному штабі об'єднаних сил. Наявність керівника програми на державному рівні дозволить більшою мірою моніторити випадки самогубств у кожному зі штатів, що посилить ефективність національного контролю.

SPPM керує по всій країні Програмою запобігання самогубствам у Національній гвардії як для військових, так і для цивільних громадян, командирів, керівників, наглядачів, солдатів і членів їхніх родин.

Адміністрування програми такого масштабу вимагає співпраці з командирами, працівниками медичної служби, священиками, кадровими офіцерами, працівниками служб психічного здоров'я, співробітниками зміцнення здоров'я і персоналом зі зв'язків із громадськістю по всій території держави, а також місцевими органами управління, які допомагають службам, місцевим правоохоронним органам, цивільним слідчим та лікарням. SPPM навчаються та проходять тренування з профілактики самогубства, втручання і нагляду; отримують загальні знання під час навчання у своєму штаті.

Мета Національної гвардії – провести тренування та навчити хоча б одного солдата з роти навичкам втручання. Усі солдати проходять щорічні тренування щодо загальної обізнаності з питань суїцидів. Щоб максимізувати цінні ресурси, SPPM Національної гвардії створив Каталог національних гвардійців, які пройшли підготовку за програмою ASIST, “Практичне тренування з запобігання суїцидам” для всього персоналу Регулярної армії та Резерву армії.

Вони часто співпрацюють, щоб забезпечити підготовку різних підрозділів. SPPM у кожному штаті відслідковує та повідомляє про всі спроби та скоєні суїциди до Головного штабу об’єднаних сил та до SPPM Бюро Національної гвардії США. SPPM спостерігає за тенденціями і забезпечує підтримку в прийнятті рішень, коли певні чинники призводять до збільшення самогубств. Труднощі виникають у зборі точних даних щодо підозр про спроби суїцидів у солдатів - новобранців (“День М” – день початку мобілізації або вихідні раз на місяць), і полягають у тому, що деталі самогубства залежать від доповідей членів родини, місцевих медичних закладів і розслідувань місцевих правоохоронних органів. Більшість солдатів Національної гвардії, які померли від суїциду, не проходили службу в спеціальних підрозділах за статтею 10. Хоча Регламент Армії США 600-63 “Заходи зі зміцнення здоров’я в армії” у випадках смерті солдатів Резерву чи Регулярної армії, чия смерть підпадає під конкретні критерії суїциду або підозри щодо суїциду, вимагає перегляду співробітником психічного здоров’я, проте конкретні критерії для солдатів Національної гвардії відсутні. Окрім спостереження та звітування, Національна гвардія відрізняється від дійсної військової служби доступністю ресурсів. Тоді як солдати регулярних військ повертаються на основне місце дислокації, де всі ресурси для підтримки зазвичай легко та безкоштовно доступні в конкретній географічній області, солдати Нацгвардії дислокуються та відряджаються по всій країні. Доступність ресурсів для кожного солдата Національної гвардії залежить від місцевості та може відрізнятися для різних членів команди.

Враховуючи, що посада ARNG прив'язана до певної місцевості, вони обізнані щодо ресурсів свого регіону. ARNG має впевнитись, що солдати та члени їхніх сімей ознайомлені із цими ресурсами. У разі кризи вони мають бути здатними виявити проблеми і направити особу до необхідного пункту допомоги. Ця інформація входить у щорічні брифінги з профілактики самогубств і опублікована в Програмі запобігання самогубствам в Армії, керівних довідниках із профілактики самогубств. Солдатам Національної гвардії стають доступними все більше варіантів допомоги.

Програма тимчасової підтримки TRICARE TAMP (Transitional Assistance Management Program) доступна упродовж 6 місяців для солдатів Нацгвардії, що повернулися з місця базування. Вони мають змогу пройти TAMP протягом того часу, що визначається тривалістю їхнього перебування в постійному місці дислокації. Окрім цього, всі солдати, незалежно від того, брали вони участь у бойових діях чи ні, мають право скористатися військовим онлайн-ресурсом One Source (доступний за адресою: [http:// www. Military One Source.com](http://www.MilitaryOneSource.com)), що направить їх до місцевого працівника охорони психічного здоров'я, який безкоштовно проведе шість індивідуальних бесід.

SPPM Національної гвардії для солдатів та їхніх родин створили веб-сторінки із запобігання суїциду. Одна з них – загального користування, її можна переглянути за адресою: [http:// www.virtualarmory.com/WellBeing/suicide](http://www.virtualarmory.com/WellBeing/suicide). Інша веб-сторінка, Знання безпеки онлайн (GKO), має обмежений доступ для членів Національної гвардії, у яких є власна сторінка і пароль, за адресою: <https://gkoportal.ngb.army.mil/C15/C5/SuicidePreventionProgram>.

Резерв армії США

Резерв армії США зіштовхується з усіма тими складнощами, що й Національна гвардія Армії. Більше того, їхня територія величезна, і солдатів часто переміщують з однієї частини країни в іншу. Таким чином, збір точних даних стає важким завданням. Нещодавні ініціативи Резерву армії США містили:

- 1) проведення сімейних програм профілактики суїцидів;

- 2) призначення менеджерів ASPP в основних підпорядкованих частинах;
- 3) формування громадських рад зі зміцнення здоров'я;
- 4) створення керівних принципів для направлення солдатів до працівників охорони психічного здоров'я;
- 5) скерування військових священників і введення форми звітів для попередження випадків суїцидів.

Система оцінки ризику суїцидів та відділ контролю суїцидів в Армії США

Щоб ефективно проводити програму спостереження суїцидів, в Армії США було створено Управління спостереження та запобігання ризику суїцидів (SRMSO – Suicide Risk Management and Surveillance Office) – команду медиків, що базується у Форт Льюїсі (Вашингтон). У 2002 і 2003 рр. збір епідеміологічних даних назвали Звітом про випадки самогубств в армії (ASER – Army Suicide Event Report), ці дані уточнили, обробили та опрацювали. ASER перетворився зі сканованого, паперового методу збору та оброблення даних на електронну форму Microsoft Word та веб-форму, представлену на захищеному сайті. У 2004 р. Методичний посібник щодо доповіді про суїциди в армії було підписано генерал-майором Кенетом Фармером мол. (Kenneth Farmer Jr.), начальником медичної служби Армії, та заступником начальника медичної служби генерал-майором Йозефом Вебом (Joseph Webb), який заявив, що “працівники охорони психічного здоров'я у кожному медичному лікувальному закладі будуть заповнювати ASER відповідно до посібника”. Вимоги ASER також вказані в Регламенті Армії США 600-63 “Заходи зміцнення здоров'я в армії”.

Процес збору армійських звітів про суїцидальні дії

Форма збору даних ASER (Звіт про випадки самогубств в Армії) створена задля стандартизації зібраної інформації про суїцидальну поведінку серед військовослужбовців армії. Чітке слідування Звіту необхідне щодо будь-якої суїцидальної поведінки, яка призвела до смерті, госпіталізації чи евакуації з місця події. Керівником ASER зазвичай є начальник лікувального закладу, він відповідає за регіональне відділення з контролю за виконанням

умов Звіту. Керівник також призначає медичного працівника, який виконує обов'язки координатора ASER та є відповідальним за виконання його вимог у лікувальному закладі або призначає для цього компетентного працівника. Процес збору даних щодо суїцидів зазвичай починається, коли SRMSO (Управління спостереження та попередження ризику суїцидів) отримує повідомлення від відділу патологічної анатомії судмедекспертизи Збройних сил США, який підтверджує смерть солдата внаслідок самогубства.

Після цього повідомлення керівник і координатор повинні завершити складання Звіту впродовж 60 днів. Альтернативою є заповнення ASER після звершення суїциду на місці; потім SRMSO підтверджує факт самогубства разом із патологоанатомічним відділом. Збір даних за формою ASER про суїцидальну поведінку, яка призводить до госпіталізації чи переміщення з місця події, здійснюється шляхом надання щомісячних звітів від кожного лікувального закладу. Цей звіт, як правило, містить роботу персоналу стаціонарного психіатричного відділу та амбулаторних клінік. Через те, що жодна із систем формально не слідкує за самогубствами без фатального результату, подібні звіти використовуються для визначення кількості форм ASER в кожному лікувальному закладі.

Інформація для Армійського звіту щодо суїциду (ASER)

Із виникненням ASER наявна інформація перетворилася зі структурованих оглядів попередніх версій і даних на систематизовану. Результати огляду були оцінені на підставі фактичних даних передбачення суїцидального ризику, а також були виявлені додаткові питання та об'єднані в оновлений Звіт. До теоретично важливих чинників ризику самогубства і суїцидальної поведінки були зараховані змінні ризику за чотирма категоріями:

- 1) диспозиціональні, чи особистісні, чинники (зокрема, персональні дані);
- 2) історичні, чи розвиткові, чинники (історія родини, попередні суїцидальні схильності, життєві події);

3) контекстуальні, чи ситуативні, чинники (доступ до вогнепальної зброї, місце проживання)

4) клінічні, чи симптоматичні чинники (посттравматичний стресовий розлад або симптоми).

Це об'єднання ризиків за категоріями має допомогти визначити складні та багатогранні чинники, які можуть спричинити суїцидальну поведінку. Ці чинники було об'єднано з набором питань, що стосуються певних подій (наприклад, метод, місце, травми), задля формування сучасного ASER.

Необхідна вихідна інформація

Заповнення ASER потребує перегляду всієї важливої та наявної інформації. До того ж, у деяких випадках можуть бути необхідні сеанси психоаналізу, особливо коли суїцидальні прояви призвели до госпіталізації чи переміщення з місця події.

Необхідна вихідна інформація і заходи для заповнення звіту про випадки самогубств в армії

Подія

Необхідні заходи та вихідна інформація.

Вчинений суїцид

Записи про фізичне та психічне здоров'я.

Особиста справа та звіт психолога.

Звіт слідчого органу (наприклад, Управління з розслідування кримінальних справ).

Звіт про причини та спосіб смерті (донесення про втрати серед особового складу, токсикологія, аутопсія, передсмертна записка).

Бесіда зі співробітниками й керівниками, якщо це доцільно чи необхідно.

Бесіда з офіцером слідчого органу, якщо це доцільно чи необхідно.

Бесіда з іншими задіяними працівниками та членами родини, якщо це доцільно чи необхідно.

Спроба суїциду

Сеанс психоаналізу.

Записи щодо медичного та психічного здоров'я.

Бесіда зі співробітниками та керівниками, якщо необхідно.

Система оцінки ризику суїциду та звіти у відділ контролю

SRMSO регулярно розробляє звіти про результати самогубств, відповідає на запити старших керівників для конкретних аналізів, створює щоквартальні та щорічні звіти, які надаються експертам у галузі психіатрії, начальнику медичної служби для Програми запобігання суїцидам в армії (G-1) та всім керівникам і координаторам ASER

Перспективи

Сьогодні зусилля SRMSO спрямовані на поліпшення якості даних і доступності їх для вищого керівництва. SRMSO шукає підходи для поповнення бази даних ASER і наявних баз Армії та Міністерства оборони. Як описано вище, координатори Звіту мають зібрати всі важливі документи, дані та інформацію, яка підпадає під конкретні питання ASER, і ввести відомості вручну без помилок. На підставі даних ASER формулюються вагомі висновки та даються рекомендації, тому важливість цієї бази даних зростає. Наприклад, Управління начальника Військово-медичної служби фінансує новий Відділ запобігання суїцидам, який частково відповідає за нові зусилля щодо недопущення суїцидів в Армії США.

Ці зусилля спираються на єдине джерело інформації більшості аспектів самогубств в Армії – ASER. З покращенням його надійності командування Армії та Відділ запобігання суїцидам мають більше можливостей для надання обґрунтованих висновків і рекомендацій.

Окрім цього, SRMSO шукає можливості задля полегшення користування даними Звіту для старшого керівництва. Зараз ASER доступні у базі даних Oracle, у Вашингтоні, Форт Льюїсі, відділі SRMSO. Ініціатор має надати запит до управління. Далі науковий співробітник SRMSO має відшукати необхідний запит у базі даних і проаналізувати результати. SRMSO зобов'язане двічі перевірити результати, щоб впевнитись у їхній точності та відповідності запиту. І нарешті, команда управління має визначити найбільш точне та зрозуміле графічне пояснення: створити графіки та надати результати ініціатору. Хоча SRMSO працює чітко та своєчасно, цей процес далекий від ідеального, особливо беручи до уваги суїциди

та напружене очікування, з яким Міністерство оборони часто має справу. SRMSO шукає можливості для створення зручного інструменту представлення даних, з яким можна було б швидко знаходити необхідну інформацію серед величезного обсягу даних і надавати звіти, використовуючи статистичні аналізи та інтуїтивно зрозумілі візуальні виведення даних.

Деякі додаткові майбутні напрями діяльності перебувають у стадії розроблення. Одна з цілей – надати працівникам охорони психічного здоров'я доступ до якісних місцевих ASER, щоб поліпшити лікувальну роботу та плани забезпечення безпеки.

Додатково SRMSO шукає програмне забезпечення, щоб координатори ASER мали змогу ознайомитися з регіональними даними за певний час. Також зусилля спрямовуються на збільшення обсягу та поліпшення якості контрольних зразків для порівняння з даними Армії. І, врешті-решт, SRMSO концентрує увагу на розробленні даних тривалого спостереження. Навіть за великої чисельності Армії деякі теми неможливо вивчати через малу базу скоєння суїцидів (наприклад, багато питань, пов'язаних із самогубствами в Іраку). Дані тривалого спостереження за кілька років дадуть змогу зробити глибший аналіз.

2.6 Новітні ініціативи зі зниження ризику і профілактики самогубств армії США

Операція “Іракська свобода” та спостереження за суїцидами в районі бойових дій

Попередні Консультаційні команди з питань психічного здоров'я розглядали статус операції “Іракська свобода” та програми спостереження і профілактики суїцидів, включаючи аналіз скоєних самогубств. МНАТ-V проводила подібну програму з передбачення та профілактики самогубств для Міжнародних коаліційних сил в Іраку, а також детальний аналіз вчинених суїцидів.

Результати всіх спостережень схожі. Вже впродовж 20 років стало видно, що військові суїциди найчастіше скоюються при втраті близьких – дружини (чоловіка) або іншого близького партнера.

Дослідження SRMSO показує, що у 68 % випадків суїциду в Іраку жертви зазнали втрат в особистих стосунках, порівняно з 56 % випадків суїцидів у військових, що не перебували на завданні в Іраку. Це підтвердило важливість листів або повідомлень зразка “дорогий Джоне...” як чинника, який підштовхує військовослужбовця до скоєння самогубства.

Друга основна причина скоєння самогубств – це втрата кар’єри, зазвичай через Єдиний кодекс військової юстиції (UCMJ – Uniform Code of Military Justice) чи інші кримінальні порушення. Приблизно в 35 % випадків самогубств в Армії США у районі бойових операцій в Іраку мали місце порушення UCMJ – цей показник вищий, ніж рівень суїцидів у континентальній частині США. Розглянувши всі звіти військових служб, СІД (Управління з розслідування кримінальних справ) вказали, що 24 % з них мали звинувачення у порушенні Єдиного кодексу. Лише ці два чинники – втрата близьких стосунків та втрата кар’єри – з найбільшою часткою вірогідності становлять причину більшості самогубств в зоні бойових дій.

Досвід, який було отримано в результаті роботи зі спостереження за суїцидами в районі бойових дій під час операції “Іракська свобода”, сприяв появі новітніх ініціатив зі зниження ризику і профілактики самогубств.

План кампанії Армії США, спрямованої на зміцнення здоров’я, зниження ризику і профілактику самогубств

У березні 2009 р. у відповідь на збільшення кількості випадків суїциду була створена Спеціальна група із запобігання суїцидам (ASPTF – Army Suicide Prevention Task Force).

ASPTF Армії США виконує на поточний момент приблизно 250 завдань.

Результати роботи ASPTF, яку безпосередньо контролює заступник начальника штабу Армії США, були опубліковані під назвою “Кампанія Армії США зі зміцнення здоров’я, зниження ризиків і профілактики суїцидів”. Визначені групі завдання мають суттєво змінити методи допомоги Армії США родинам солдатів. Ця кампанія підтверджує турботу Армії США про найважливіші стратегічні активи – солдатів, їхні родини і цивільних осіб.

Програма психічного і соціального здоров'я

В Армії США створена Програма епідеміологічного спостереження, що застосовує системний підхід до розроблення методів охорони психічного здоров'я та можливих соціальних наслідків. Місія Програми психічного і соціального здоров'я РНС(Р) полягає в підтримці здоров'я і бойової готовності солдатів шляхом усунення психологічних і соціальних загроз за допомогою нагляду та поглибленого аналізу психічного й фізичного здоров'я; спостереження за змінами в розгорнутих і нерозгорнутих військах; планування епідеміологічних досліджень. Окрім того, завдяки співпраці з Army G-1 було профінансовано проведення аналізу специфіки самогубств і спостереження для підтримки ASPP.

У 2008 р. Армія США почала співпрацю з Національним інститутом психічного здоров'я, метою якої є допомога з детальною науково-дослідницькою роботою, що має поліпшити стратегію профілактики і зменшити кількість самогубств. Цей меморандум про згоду охоплює понад 5 років роботи і є інвестиціями Армії США у розмірі 50 млн. доларів. Програма психічного і соціального здоров'я та Національний інститут психічного здоров'я співпрацюють, щоб зібрати та проаналізувати ці дані.

2.7 Рекомендації щодо профілактики самогубств з досвіду операції “Іракська свобода”

Рекомендації, які є найбільш важливими для запобігання суїцидам:

1. Встановлення пункту психологічної консультації в театрі бойових дій, який синхронізуватиме та керуватиме необхідними ресурсами на території проведення операцій.

2. Встановлення помірної профілактичної програми, що базуватиметься на рівнях військових об'єктів і набутому досвіді епідеміологічних консультацій, і візити на місце подій. Ці стратегії передбачають:

а) призначення ініціаторів на керівні позиції програми профілактики суїцидів;

б) встановлення атмосфери у команді, яка заохочує звернення за допомогою;

в) підтримання пильності керівників і солдатів–товаришів (догляд за товаришем);

г) проведення безперервного навчання протягом циклу розгортання;

д) проведення аналізу скоєних суїцидів / спроб самогубства з використанням Армійського звіту про випадки самогубства.

Однак суїциди серед військових все ще становлять значну проблему. Розгляд звітів CID Іраку вказує, що 60 % скоєних суїцидів 2007 р. мали попередні ознаки депресії та поведінкові зміни. SRSMO, розглянувши дані DoDSER, зазначає, що значний відсоток військовослужбовців шукали допомоги: 50 % всіх самогубців проходили лікування у стаціонарних закладах в період 30 днів до скоєння суїциду. Ці дані підтверджує дослідницька література, яка звертає увагу на те, що особи, які замислювались над скоєнням самогубства, вагалися або не могли знайти підтримки; вони розуміли, що щось не так і, можливо, шукали допомоги. Це підкреслює важливість профілактики самогубств та обізнаності щодо первинної медичної допомоги і пастирських настанов.

Коментар

Служба громадської охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я США оцінює ризик суїциду та заходи із запобігання в умовах відносних *чинників ризику* та *захисних чинників*. Ці чинники були прийняті Центром із профілактики і контролю захворюваності (CDC – Center for Disease Control and Prevention) й використовуються як основа для обговорення суїцидів.

Чинники ризику

Чинники ризику, що найбільш характеризують суїциди в Армії в Іраку:

1. *Втрата (родинна, соціальна, робоча чи фінансова)*. Це незмінний ключовий чинник, що пов'язаний із самогубством. Вважається, що постійні втрати як такі не підвищують рівень самогубств, а служать вторинним чинником у розпаді родин і втраті стосунків.

2. *Ізоляція, почуття відчуженості від інших людей.* Пряме опитування військовослужбовців про “почуття відчуженості від людей” засвідчило, що 51,8% опитаних солдатів почувалися ізольованими. Зусилля з підйому бойового духу, облаштування побуту і відпочинку (наприклад, доставка пошти, поліпшення інтернет-зв’язку, широке використання мобільного зв’язку), імовірно, допомогли, проте цю змінну варто моніторити довгий час і заохочувати бажання солдатів дізнаватися, що відбувається “вдома”.

3. *Перешкоди на шляху лікування психічного здоров’я.* Попри збільшення кількості військ в Іраку, кількість працівників охорони психічного здоров’я в 2006 і 2007 роках збільшувалася незначно.

4. *Вільний доступ до летальних методів.* Вважається, що вільний доступ до зброї – це чинник підвищення ризику суїциду в районі бойових дій. Хоча вогнепальна зброя дійсно збільшує імовірність летальності суїцидальних спроб, епідеміологічні дослідження вказують, що володіння зброєю (взагалі) або ж проживання у районі, що забороняє володіння зброєю, не впливає на рівень самогубств. Окрім того, війська, які були дислоковані в Іраку з 2003 р., мали легкий доступ до зброї. Будь-яке збільшення кількості суїцидів в цьому разі не може бути віднесено лише до доступності зброї.

5. *Небажання звертатись по допомогу через упередженість щодо психічного лікування.* Упередження є серйозною проблемою на шляху військовослужбовців у пошуку допомоги. Опитування солдатів і командування показують, що безпосередні начальники є головними перепонами на шляху отримання допомоги. Це підкріплюється упередженням, що звернення до працівника психічної охорони здоров’я сприймається як “симуляція” або спроба уникнути виконання своїх обов’язків.

Захисні чинники

Захисні чинники утримують осіб від суїцидальних думок і поведінки. Станом на сьогодні захисні чинники не вивчені так глибоко та точно, як чинники ризику. Однак виявлення і розуміння

захисних чинників не менш важливі, ніж розуміння чинників ризику.

Захисні чинники, що знижують імовірність суїциду в Іраку:

1. *Відсутність алкогольних і наркотичних речовин.* Алкоголь – відомий чинник ризику як цивільних, так і військових суїцидів. Відносна відсутність алкоголю та наркотиків у районі бойових дій має серед іншого знизити рівень самогубств. Давно відомо, що токсичні речовини збільшують можливість скоєння самогубства через ефект розгальмовування. (Національна система звіту про насильницьку смерть дослідила токсикологію самогубців у 13 штатах: 33,3 % дали позитивний результат на алкоголь, 16,4 % – на опіати, 9,4 % – на кокаїн, 7,7 % – на марихуану і 3,9 % – на амфетаміни.)

2. *Ефективне клінічне лікування психічного і фізичного розладу здоров'я та профілактика вживання психоактивних речовин.* Бойові підрозділи, які були розгорнуті з повним планом підтримки та найкращими методиками підтримки солдатів, показали значне зниження кількості відхилень поведінки, включаючи самогубства, після реалізації програми. Ці результати підтверджують доцільність більш широкого впровадження моделі підтримки солдатів для бойових підрозділів.

3. *Легкий доступ до різноманітних клінічних втручань; підтримка тих, хто її шукає.* Останній перерозподіл військ у бойовому просторі вимагає такого самого гнучкого зрушення у сфері охорони психічного здоров'я, що є сильним аргументом на користь запровадження консультанта з психічного здоров'я на рівні Багатонаціонального корпусу в Іраку. Це також поліпшить зусилля щодо упереджень проти служб психічної охорони здоров'я.

4. *Сімейна і суспільна підтримка.* Необхідно заохочувати зусилля щодо зміцнення родин і соціальних зв'язків, а також залучати інших значущих осіб, незалежно від сімейного стану.

5. *Уміння вирішувати проблеми й конфлікти.* Навчання солдатів будувати та збагачувати взаємини на рівні родини або групи, спрямовані на поліпшення спілкування, допомагатимуть зміцнювати родинні та товариські стосунки. Усі наявні дані

підтверджують стабілізацію стосунків як одну з найбільш ефективних профілактик самогубств.

6. *Культурні та релігійні вірування, що протидіють думкам про суїцид і підтримують інстинкти самозбереження.* Уже давно спостерігаються відмінності самогубств залежно від статі, раси і культури. Це ілюструє потужну основу культурних вірувань, прийнятної та соціально належної поведінки. Наприклад, певні культурні вірування підтримують ідею самогубства у відповідь на приниження. Подібні ідеї проникають і у військову культуру (наприклад, смерть задля уникнення ганьби; повага перед самураями, зображеними у популярних кінострічках, де смерть розглядається як логічна реакція на невдачу). Це відкриває можливість “коригувати ідею самогубства” за допомогою спеціально розроблених повідомлень (“Не дай ворогу перемогти”, “Не підведи своїх товаришів”, “Повертайся живим”).

2.8 Психіатричні епідеміологічні консультації в Армії США

В Армії США було впроваджено нову стратегію: при очевидному самогубстві на місце події вирушає Команда епідеміологічних консультацій (Epidemiological Consultation DoD – EPICON)

Склад команди (EPICON):

- керівник групи: старший офіцер профілактичної медицини або фахівець із питань охорони психічного здоров'я;
- місцевий старший лікар з охорони психічного здоров'я (соціальна робота, психологія, психіатрія);
- епідеміолог із відповідною базою даних розвитку й підтримки;
- представник програми позбавлення від зловживання психоактивними речовинами в Армії США;
- офіцер-представник відділу безпеки армії зі знанням даних щодо зниження ризиків;
- фахівець із ризиків для здоров'я;
- представник Управління G-1 начальника штабу Армії США;

- особливий представник, залежно від цільової групи (наприклад, старший сержант, працівник охорони психічного здоров'я, лікар дивізії, представник місцевих цивільних ресурсів, офіцер зі зв'язків із громадськістю).

Інші важливі учасники співпраці – заклади психічного здоров'я, військові священики, СІД та служби забезпечення військовослужбовців Армії США та їхніх сімей, включаючи Програму захисту сімей, Програму зниження ризику та Програму позбавлення від наркотичної та алкогольної залежності.

Увага приділяється клінічним записам про фізичне та психічне здоров'я, захист родин, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами. Велика частина цієї роботи може бути виконана напередодні фактичного візиту EPICON до місцевого лікарняного закладу в інтересах ефективності й максимального використання часу, коли приїжджає команда. Спалахи скоєних самогубств важко досліджувати, оскільки вони дуже рідкісні і створюють труднощі для епідеміологічного аналізу.

Найбільш очевидні мотиви для скоєння самогубства серед військовослужбовців – втрата близьких стосунків, юридичні та професійні труднощі і фінансові проблеми. Тяжкі психічні хвороби рідко призводять до самогубства серед військовослужбовців, проте вони все-таки присутні. Імпульсивність, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами серед військовослужбовців також є чинниками, які призводять до самогубств. Хронічний біль, інвалідність та індивідуальне сприйняття загального здоров'я потребують подальшого аналізу як чинників ризику для самогубства в армії. Смерть внаслідок використання вогнепальної зброї, повішення і зістрибування з висоти є найбільш поширеним методом. Всі зазначені результати досліджень свідчать про важливість вивчення всього спектру медичних і соціальних даних на рівні військового об'єкта під час роботи EPICON.

Джерела даних, що виявилися корисними для оцінки окремих самогубств в армії:

- медичні записи про стан фізичного і психічного здоров'я;
- наукові публікації ASERs;

- CID-файли (дані Управління з розслідування кримінальних справ – Criminal Investigations Division – CID);
- AP 15-6 (звіти командира про розслідування);
- звіти про аналіз основних причин (RCA – Root Cause Analysis);
- записи оцінки і переоцінки стану здоров'я після розгортання;
- дані про розгортання (дата прибуття та відбування, місце знаходження, кількість днів на театрі бойових дій);
- дані про відмову від медичного обслуговування;
- записи з Програми про зловживання психоактивними речовинами (Army Substance Abuse Program records);
- дані з Програми захисту родини (Family Advocacy Program);
- звіти щодо виконання службових обов'язків;
- дані Інституту патології Збройних Сил США.

Найкориснішими джерелами даних про поодинокі самогубства виявилися DoDSERS, звіти RCA і звіти CID. Важливо, щоб військовий об'єкт мав підтримку командира в отриманні доступу до всіх цих джерел інформації. Хоча наведені дані є корисними для пошуку причини захворювання на рівні військового об'єкта, також корисно оцінювати демографічні дані від спільноти. Дані про населення у місці дислокації або в районі бойових дій можуть виявити важливу інформацію про тенденції, пов'язані з керівництвом, мораллю, темпами операцій, підтримкою психічного стану здоров'я, проблемами з алкоголем, насильством у родині тощо. Усе це – важливі показники психічного здоров'я, які можуть допомогти зрозуміти тенденції або виявити гіпотези та асоціації в ході епідеміологічного аналізу, що дадуть змогу надати рекомендації.

Нижче наведені корисні джерела даних про населення у місці дислокації військового об'єкта:

- чисельність персоналу військового об'єкта і демографічні показники населення (знаменник даних);
- цикл розгортання військового об'єкта і його вплив на розрахунки населення;

- працівники охорони психічного здоров'я та їхнє робоче навантаження;
- чисельність персоналу з охорони психічного здоров'я;
- дані щодо зниження ризиків суїциду в Армії;
- військові звіти One Source;
- дані Програми про зловживання алкоголем і психоактивними речовинами;
- дані Програми допомоги родинам на рівні військових об'єктів.

Окрім того, може бути корисним проведення інтерв'ю та робота з фокус-групами, щоб дізнатись про занепокоєння військових (молодших військових і молодших уорент-офіцерів), військового управління, працівників лікарняних закладів, агентств і допоміжного персоналу на міському рівні, членів родини військовослужбовців або майбутніх сімей. Коли такі сеанси проводяться досвідченими фахівцями з ризику здоров'я, можна виявити важливу інформацію щодо основних думок, асоціативних упереджень, статусу знань і моралі в межах певних груп на рівні військових об'єктів. Якщо ця інформація зібрана заздалегідь, вона може допомогти спрямувати хід роботи EPICON.

Також вона може бути корисною для створення планів оперативного втручання на рівні громад. Так само опитування можуть надати допомогу, коли участь бере відповідна кількість осіб. У більшості EPICON, які були завершені, співробітники з РНС(Р) використовували анонімні опитування солдатів. У них йдеться про широке коло проблем, включаючи доступ до медичного огляду та атмосферу в команді. В нещодавньому опитуванні, що проводив РНС(Р), розглядалися асоціації та власне ставлення до суїцидів. Опитування сприяли включенню кількісних даних в доповіді. Найскладніше завдання в роботі з командою – знайти час для опитування солдатів, особливо в режимі високого темпу операцій. РНС(Р) має здатність генерувати опитування в електронному вигляді, які можуть значно знизити навантаження при введенні даних і допущених помилок в аналізі.

Уся інформація має проходити через них перед оприлюдненням. Так само після того, як підсумковий документ EPICON складено, він повинен пройти через місцеве командування, медичне командування або OTSG/MEDCOM.

Методи епідеміологічних консультацій

Загалом епідеміологічні методи дослідження містять: а) серії випадків (клінічний, криміналістичний тощо); б) дослідження типу “випадок-контроль” (наприклад, випадки самогубств проти контролю); в) перехресні дослідження (наприклад, порівняння з рештою випадків у підрозділі); г) опитування солдатів (зазвичай проводиться WRAIR або PNC(P)); д) опитування фокус-груп.

Базовими запитаннями є такі:

- чи присутній реальний спалах суїцидальної поведінки?
- чи є рівень спалахів значно вищим, ніж очікувалося (зокрема, порівняно з подібними установами чи всією Армією)?
- які чинники сприяли спалаху суїцидальної поведінки і як їх можна порівняти один з одним?
- які рекомендації можна дати, щоб вирішити проблему?

За визначених критеріїв команда має ідентифікувати терміни спалаху, включених осіб і їх розташування. Визначення показників захворювання також має описувати тих, хто не підпадає під цей випадок.

Одним із корисних інструментів, притаманних будь-якій команді EPICON, є “епідеміологічна крива”. Традиційно команда показує часовий хід епідемії, малюючи графік ряду випадків за датою його скоєння. Цей графік, званий кривою епідемії, або “епі-крива”, дає просте візуальне зображення сили і часу спалаху.

Проте всі члени команди мусять пам’ятати, що обговорювати свою роботу із засобами масової інформації без відповідних дозволів забороняється.

Результати та набутий досвід

Кожна EPICON надає рекомендації, що базуються на внутрішній атестації конкретного військового об’єкта, який був оцінений. Хоча ситуація на кожному військовому об’єкті є унікальною, загальні рекомендації узагальнюються, адже звіти

мають деякі паралельні теми. Однак варто зазначити, що ці спостереження були зафіксовані на військових об'єктах, де відбулося кілька самогубств, і, таким чином, вони не можуть слугувати рекомендаціями для армії в цілому.

Загальні спостереження:

- відчувається нестача працівників охорони психічного здоров'я, незважаючи на зусилля місцевих командирів залучати більше людських ресурсів;
- є упередження щодо пошуку допомоги;
- більш ефективними виявилися засоби для передового базування;
- сімейна терапія має бути доступнішою;
- більша інтеграція ресурсів є бажаною;
- командування дуже зацікавлене у вирішенні подібних проблем;
- зазначені зусилля необхідні для підтримки бойової готовності на локальному рівні і загалом.

2.9 Морально-психологічні проблеми військовослужбовців США, які можуть призвести до відхильної поведінки

У країнах НАТО термін “морально-психологічний стан” (МПС) не має чіткого визначення. Наприклад, у Великій Британії під ним розуміється “рівень впевненості людини і групи, або так званий дух оптимізму”.

На думку американських військових фахівців, високий МПС передбачає наявність таких основних якостей, як дисципліна, бойовий дух, воля до перемоги, самовладання, почуття власної гідності, чесність, відданість обов'язку і військовій службі, почуття офіцерської і солдатської честі тощо. Негативно впливають на морально-психологічний стан військовослужбовців такі фактори, як: підвищений інтерес до матеріального стимулювання, зневага до ворога, переоцінка своїх сил, залежність від комфорту, втрата ініціативи в ході бою, наявність расових упереджень, прояв крайніх форм індивідуалізму, кар'єризм, відчуженість, напруженість у

взаєминах, зловживання алкоголем і наркотиками. Фізичні та психологічні навантаження, що переносяться особовим складом вже з початку військових операцій, позначилися на психічному стані багатьох військовослужбовців. Згідно з офіційними даними, а також за публікаціями в деяких ЗМІ, перші ознаки “психологічної втоми” з’являються досить швидко – на п’ятий – восьмий день бойових дій. Пік подій за участю військовослужбовців настає вже через тиждень. У тому випадку, коли фахівці доповідали про “психологічне виснаження” підрозділів, командування робило кроки з відновленню бойового духу, навіть якщо для цього було необхідно призупинити наступ.

Управління перспективних досліджень Міністерства оборони США виконувало замовлення на проведення наукових досліджень у галузі забезпечення боєготовності військовослужбовців в умовах обмеженого часу на відновлення нормального фізіологічного стану людини після тривалих фізичних і психічних навантажень.

Психічне перенапруження як причина дезертирства, суїцидів і невмотивованої агресії

У 2002 р. в армії США почалася масштабна кампанія із запобігання суїциду серед військовослужбовців. Її метою було навчити солдат і офіцерів розпізнавати у співслужбовців ознаки поведінки, що характерні для можливих самогубців. Однак програма виявилася малоефективною.

Центр безпеки США опублікував доповідь про різке збільшення числа самогубств в армії. Так, за 2010 р., за деякими даними, закінчили життя самогубством 468 військовослужбовців. Деякі з самогубств були здійснені після другої або третьої відправки в Ірак або Афганістан. Близько 20 % американських військовослужбовців, які повертаються з району бойових дій, страждають різними психічними розладами. При цьому значну частку становлять особи з посттравматичним синдромом, серед яких достатня кількість військовослужбовців, схильних до самогубства.

Починаючи з березня 2009 р. військове керівництво США вжило низку екстрених заходів для зменшення числа самогубств –

від створення робочих груп із запобігання суїциду до надання солдатам вихідних днів. Крім того, двічі на рік усі американські солдати мали проходити психологічне тестування. Разом із тим, доповідь центру безпеки США надала всі підстави стверджувати, що ці заходи не дали очікуваних результатів: це підтвердили дані, опубліковані Пентагоном у 2011 р.

Міністерство оборони США зіштовхується також з проблемою дезертирства. З початку іракської війни, згідно з даними Пентагону на кінець 2009 р., з американських збройних сил дезертирували, щонайменше, 8 тис. військовослужбовців, в тому числі – 4 387 солдатів армії, 3 454 представника ВМС і 83 – ВПС. Морська піхота не веде обліку щорічного числа дезертирів, проте з 2005 р. такими вважалися 1 455 морських піхотинців.

Деякі адвокати, які захищали військових злочинців, казали, що війна в Іраку змушує солдатів сумніватися у виправданості своєї служби. Найчастіше їм просто дозволяли повернутися в частину в пониженому званні.

Соціальні причини психологічних проблем військовослужбовців США

В укомплектуванні армії США особовим складом є низка проблем. Вартість навчання в американських вищих навчальних закладах досить висока. Для студентів існує тільки три способи не платити за навчання: відразу почати показувати високі результати в навчанні, або зайнятися спортом і виступати за збірну навчального закладу, або вступити на курси офіцерів резерву. В останньому випадку навчання студента буде оплачувати держава. Натомість випускник зобов'язаний три роки відслужити офіцером в збройних силах. В результаті американський офіцерський корпус на 75 % комплектується резервістами, які обрали військову службу не за покликанням. Решта 25 % готують спеціалізовані вищі військові навчальні заклади.

На службу за контрактом переважно йдуть ті, хто не знайшли собі застосування в цивільній сфері, часто малоосвічені, які мають проблеми з законом. Більше третини поповнення армії США за останні роки складають афроамериканці, латиноамериканці та

азіати. Військові оклади для них є цілком достатніми. Крім того, військова служба забезпечує пристойну пенсію та чималі соціальні пільги, а головне – можливість отримати американське громадянство в менший термін. Расово-етнічний склад американських збройних сил виглядає таким чином: білі американці – 60 %, афроамериканці – 25 %, латиноамериканці – 8 %, інші – 7 %, в тому числі до 20 тис. вихідців із мусульманських країн. Майже 2 % американських солдатів – іноземці, тобто ті, хто має право на постійне місце проживання в США (“грінкард”), не будучи при цьому громадянами. Таких у ЗС країни більше 37 тисяч. Для солдатів термін отримання американського громадянства становить три роки, тобто майже вдвічі менший у порівнянні з загальноприйнятим.

Система формування МПС у ЗС США

Для формування і підтримки на необхідному рівні МПС в збройних силах країни широко застосовують мережу радіо- і телевізійних станцій, а також сучасні канали зв'язку. Наприклад, система радіо- і телеінформування американських військ у Європі включає дев'ять радіостанцій і чотири телестудії. Відповідальність за розроблення планів заходів з інформування особового складу з'єднань і частин, членів сімей військовослужбовців з використанням можливостей радіо- і телевізійних служб, друкованих малотиражних військових видань та інших ЗМІ покладається на командувачів об'єднаними командуваннями ЗС США в зонах.

Пентагон не залишає поза увагою і друковані ЗМІ, бо саме вони є фактором постійного і тривалого впливу на свідомість особового складу, а це, в свою чергу, підвищує його дієвість. Відповідний апарат в збройних силах відповідає за публікацію матеріалів у більш, ніж 2,5 тис. газет, що видаються в країні, загальний тираж яких досягає 102 млн. примірників (дані станом на 2000 рік). Безпосередньо МО США випускає понад 20 журналів, а командування видів ЗС – близько 80 найменувань.

Пентагон приділяє увагу і службі капеланів, що обумовлено їх важливою роллю в зміцненні психологічної стійкості

американських військовослужбовців. Вони виступають в ролі радників і консультантів командирів частин і підрозділів із питань релігії та морально-психологічного стану особового складу, а також надають значну допомогу у вихованні солдатів, сержантів, офіцерів, ґрунтуючись на морально-етичних і гуманістичних принципах.

Інститут капеланів у ЗС країни, представлений більш, ніж 120 релігійними конфесіями, грає величезну роль у житті армії і флоту США, будучи однією з найстаріших служб у американських збройних силах (створений у липні 1775 р.). Всього в ЗС США близько 2 500 офіцерів-капеланів (удвічі менше знаходиться в резерві національної гвардії).

США – країна з досить міцними релігійними традиціями. Текст американської військової присяги закінчується словами: “Нехай допоможе мені Бог”. А в ст.6 “Кодексу поведінки”, затвердженого в 1995 р., значиться: “Ніколи не забуду, що я американський військовослужбовець, відповідальний за свої вчинки, і присвятив себе принципам, що зробили мою країну вільною. Залишаюся вірним Господу Богу і Сполученим Штатам Америки”.

За даними зарубіжного військового огляду військово-політичне керівництво (ВПК) США вважає підтримку морально-психологічного стану особового складу збройних сил одним із пріоритетних напрямків у сфері забезпечення національної безпеки. Це пов’язано з прагненням ВПК країни знизити вплив негативних факторів на психічний та емоційний стан військовослужбовців і тим самим підвищити їх готовність до виконання бойових завдань.

У міністерстві оборони США морально-психологічну підготовку та вольові якості особового складу розглядають як основу сучасних і майбутніх військових операцій. Це пояснюється тим, що, незважаючи на застосування високотехнологічної зброї, успішний результат сучасного бою, як і раніше, в значній мірі залежить від поведінки солдата і його психологічної налаштованості. Вивчення відповідних характеристик особового

складу завжди було важливим напрямком в діяльності командирів збройних сил всіх ступенів.

Однією з причин негативних тенденцій є масштабне і довгострокове задіяння ЗС США в різних конфліктах і місіях із високим рівнем ризику для життя далеко від національної території. Відрядження в “гарячі точки” стають причиною стресів, депресій та інших нервових розладів, як у самих військовослужбовців, так і у членів їх сімей

Одним з ключових показників низького МПС в американській армії вважається високий рівень самогубств серед військовослужбовців. До 2012 р. їх кількість неухильно збільшувалася, особливо в підрозділах сухопутних військ, досягаючи в окремі періоди 20 % загального числа втрат. Головною причиною цього послужили вторгнення національних збройних сил в Ірак і Афганістан.

Пік суїцидів припав на 2012 р., коли число військовослужбовців, які вчинили суїцид, за різними оцінками, перевищило 350 осіб. На тлі відносної стабілізації стану в СВ у 2013–2014 рр. зросло число самогубств в ВПС. Вважається, що це було пов’язано з істотним скороченням військової присутності на Близькому Сході та в Афганістані на тлі активізації використання ВПС США в конфліктах на півночі Африки й авіаударів по позиціях терористичного угруповання “Ісламська держава Іраку і Леванту” (ІГІЛ) на території Іраку та Сирії.

Основоположним документом щодо запобігання випадків суїцидів серед військовослужбовців є *“Національна стратегія діяльності федеральних міністерств і відомств щодо запобігання самогубств”* (2008 р.), відповідно до якої за координацію подібної діяльності відповідають міжвидові управління з запобігання суїцидів і зниження ризиків. Загальне керівництво здійснює помічник міністра оборони США із забезпечення охорони здоров’я і бойової готовності. Крім того, в складі кожного з видів збройних сил створені спеціальні органи, що відповідають за проведення заходів щодо запобігання випадків самогубств серед військовослужбовців.

Боротьба з цим явищем є прерогативою не тільки вищезазначених організацій, але і всього командного складу ЗС США.

У військах відповідальність за цю роботу покладено на командирів підрозділів, військових священиків (капеланів) і психологів зі складу служб медичного забезпечення. Вони інформують військове керівництво про стан військовослужбовців, у тому числі в ході бойових дій. Так, в ході операцій за участю підрозділів СВ США при доповіді фахівців про “психологічну виснаженість” військовослужбовців командування робило кроки по “відновленню бойового духу”, навіть якщо для цього необхідно було призупинити наступ. В цей час здійснювалося перегрупування сил, заміна частково деморалізованих підрозділів, а також проводилися заходи щодо психологічної реабілітації.

Надання кваліфікованої допомоги військовослужбовцям, які мають психологічні травми, є важливою і необхідною складовою частиною морально-психологічного забезпечення бойових дій. Порушення психічної рівноваги не тільки завдає шкоди здоров'ю особового складу, знижує його боєздатність, а й у низці випадків вимагає значного часу для відновлення психофізіологічних функцій. Так, ті, хто отримав бойові поранення в Афганістані, після виписки з госпіталів відновлювалися за два-три місяці, а ті, хто були свідками загибелі своїх товаришів, змогли відновити свої професійні навички тільки через три-п'ять років.

Вивчивши наявний досвід і ґрунтуючись на новітніх технологіях і висновках фахівців, керівництвом МО США в ході підготовки військових операцій в 2008 р. прийнято рішення про включення до складу бойових частин спеціальних підрозділів психіатрів і психологів з тим, щоб вони могли своєчасно реагувати на виникаючі проблеми.

Наприклад, в організаційно-штатну структуру органів психологічної допомоги особовому складу коаліційних сил в Іраку були включені відділення боротьби зі стресами. Крім цього, в кожній дивізії було не менш трьох штатних фахівців: психіатр, психолог і його асистент. Виявлення військовослужбовців, які зазнали впливу бойових стресів, надання їм першої психологічної

допомоги покладалися безпосередньо на командирів частин і підрозділів.

У американській армії враховується факт присутності в її лавах представників сексуальних меншин (СМ). З 1993 р. існував закон “Donotask – donottell” (“не питай – не кажи”), згідно з яким ніхто не цікавився статевою орієнтацією іншого і не розповідав при цьому про свою, а виявлених представників СМ звільняли. Пентагон ніс фінансові втрати у зв’язку з тим, що доводилося замінювати фахівців, що звільняються.

Станом на 2010 р., згідно з цим законом, було звільнено 12,5 тис. військовослужбовців. У 2006-му комісія Каліфорнійського університету представила довідку-довідь, де збиток, заподіяний міністерству оборони, оцінювався в 363,6 млн. доларів. Примітно, що в липні того ж року МО США офіційно визнало, що гомосексуальність не є психічним розладом.

Однак варто зазначити, що в армії є факти насильства з боку представників нетрадиційної орієнтації. Так, в американських ЗМІ (зокрема, на телеканалі CNN) повідомлялося, що в 2010 р. від насильницьких дій сексуального характеру постраждали 19,2 тис. солдатів і офіцерів, а в 2011-му – 22,6 тис. Майже в 60 % випадків мова йде про примус чоловіків до сексу з чоловіками, при цьому зростання кількості злочинів збігалось зі скасуванням заборони військової служби для гомосексуалістів, який був підписаний президентом США у вересні 2011 р.

Як результат в збройні сили країни хлинув потік представників нетрадиційної орієнтації, які сподівалися, що в казармі їм простіше буде знаходити партнерів. У 2013 р. в американських ЗС було зафіксовано близько 26 тис. зґвалтувань.

Військове керівництво завжди прагне підтримувати своїх підлеглих у належному стані. Так, одним із найбільш мотивуючих факторів, що сприяють підняттю морально-психологічного духу, є фінансове забезпечення. Рівень грошового забезпечення американських військовослужбовців у порівнянні з встановленим в арміях інших країн досить високий.

У збройних силах існує гнучка система матеріального стимулювання, що включає пільги і додаткові виплати. Середній рівень грошового забезпечення молодшого офіцера з вислугою понад чотири роки в 2014 р. становив 3,6 тис. доларів (в 2015-му індексація в 1 %). Грошове утримання для військовослужбовців у 2017 р. представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Основна діаграма оплати для діючих військовослужбовців*

Ранг	<2-річний досвід	4-річний досвід	6-річний досвід
Приватний (E1)	\$ 19,198.80	\$ 19,198.80	\$ 19,198.80
Приватний (E2)	\$ 21,520.80	\$ 21,520.80	\$ 21,520.80
Приватний перший клас (E3)	\$ 22,629.60	\$ 25,509.60	\$ 25,509.60
Спеціаліст або капрал (E4)	\$ 25,066.80	\$ 29,185.20	\$ 30,427.20
Сержант (E5)	\$ 27,338.40	\$ 32,029.20	\$ 34,279.20
Старший сержант (E6)	\$ 29,840.40	\$ 35,697.60	\$ 37,166.40
Другий лейтенант (O1)	\$ 36,417.60	\$ 45,824.40	\$ 45,824.40
Перший лейтенант (O2)	\$ 41,958.00	\$ 56,894.40	\$ 58,068.00
Капітан (O3)	\$ 48,560.40	\$ 64,778.40	\$ 67,885.20
Майор (O4)	\$ 55,231.20	\$ 69,148.80	\$ 73,108.80

* На основі таблиць оплати 2017.

Ця таблиця платежів відображає лише базову оплату і не включає бонуси, виплати, пільги.

Особливе місце займають додаткові виплати учасникам бойових дій. Так, грошове забезпечення рядового в період

перебування в районі бойових дій включає щомісячне отримання 225 доларів. Крім того, за перебування на “передовій” виплачується 100 доларів, також значні виплати “за розлуку з сім’єю” (250 доларів) плюс чотири долари в день повинні компенсувати “тягар” окопного життя (120 доларів на місяць), а також додаткові витрати на особисте утримання.

Виплати військовослужбовцям у більшості випадків перераховують на рахунок у банку. За час бойових дій на суму до 10 тис. доларів нараховують 10 % річних (у середньому в 5 разів більше, ніж на звичайний внесок в американських банках). При цьому солдати і сержанти звільняються від сплати всіх податків із нарахувань, отриманих у період участі в бойових діях.

Крім додаткових грошових виплат усім ветеранам надається безкоштовна медична допомога, включаючи проведення складних хірургічних операцій і стаціонарне лікування в спеціалізованих клініках, що знаходяться у веденні міністерства у справах ветеранів. З урахуванням високої вартості послуг американської медицини це вельми відчутна підтримка.

Важливу роль у поліпшенні МПС американських військовослужбовців, особливо старшого офіцерського складу, грає пенсійне забезпечення ветеранів.

Матеріальне стимулювання позитивно відбивається на привабливості ЗС США, проте деякі експерти відзначають, що факт фінансової зацікавленості військовослужбовця негативно позначається на його бойовому дусі, бо зникає “ідейна складова” служби, що базується на двох важливих чинниках – почутті патріотизму та почутті обов’язку. Так, більшість американських військових розглядають відрядження в “гарячі точки” як можливість суттєво поправити своє матеріальне становище, а не керуються почуттям обов’язку захищати інтереси США.

Підтримка морально-психологічного стану на належному рівні є першочерговим завданням військового керівництва. Зокрема, один із відділів медичного центру психіатрії імені В. Ріда займається розробленням і впровадженням у війська заходів щодо

підвищення морально-психологічної стійкості особового складу в бойових умовах.

2.10 Поширення культури наркотиків та її вплив на військовослужбовців (досвід війни у В'єтнамі)

Кожен другий американський військовослужбовець хоча б раз пробував наркотики, а кожен третій вживав їх неодноразово. Щорічно за вживання наркотиків звільняється до 20 тис. осіб, при цьому, близько 120 тис. військовослужбовців США проходять спеціалізоване наркологічне лікування.

Різноманітні дослідження, проведені під час війни у В'єтнамі, порівнюють вживання наркотиків солдатами та їхніми цивільними однолітками.

У 1967 р. було опитано 584 рекрутованих солдата, які відправлялись у В'єтнам, серед них 31,7 % хоча б один раз вживали марихуану. Рівень поширення відповідає тим даним, про які йдеться в публікаціях про дослідження серед студентської молоді.

Опитування щодо вживання наркотичних речовин серед солдатів, які залишали В'єтнам у 1967 р., зауважують, що з 32 %, які визнали, що вони курять марихуану, 61 % почали це робити у В'єтнамі. Ці автори дійшли висновку, що вживання солдатами марихуани у В'єтнамі сягнуло такого ж рівня, як і серед їхніх цивільних однолітків.

Зростання кількості випадків вживання марихуани у В'єтнамі переважно віддзеркалювало ріст вживання марихуани серед цивільної молоді.

Що стосується вживання героїну: за статистикою Міністерства оборони, наприкінці війни приблизно 25–30 % вживали героїн. Дослідження, проведене Робінсом (Robins) у 1972 р. серед ветеранів війни у В'єтнамі, засвідчило, що 44 % респондентів під час перебування у В'єтнамі пробували той чи інший наркотик (для порівняння: 7 % визнали, що вживали героїн до того, як туди відправилися). Ще страшнішими є дані про смертність через вживання наркотиків (підтвержені аутопсією): у

листопаді 1970 р. вона сягнула максимуму, а потім почала поступово спадати.

Автори порівнюють результати цього опитування з іншими опублікованими даними і доходять висновку про виникнення епідемії вживання героїну у В'єтнамі на початку 1970-х років, проте вважають, що будь-які твердження стосовно унікальності цієї епідемії та те, що вона "інфікувала" багатьох звичайних американських солдатів, є некоректними і оманливими.

Знадобилося 9 місяців для запровадження ефективного скринінгу наркотиків у сечі, що давало змогу військовим зрозуміти цю підступну та поширену проблему солдатів і протидіяти їй.

Таку саму проблему становили випадки нападу солдатів на своїх командирів, як правило, з використанням вибухових пристроїв (гранат). Ізбільшення вживання героїну солдатами, напади стали доволі частими явищами під час фази виведення військ

Хоча вбивства офіцерів та уорент-офіцерів відбувались у незначній кількості на початкових етапах війни, як правило, під час бойових дій, військова ситуація у В'єтнамі у другій половині війни характеризувалася не лише тим, що такі випадки стали досить поширеними, а й тим, що вони траплялись у тилу та за мовчазної згоди інших. Тому, незважаючи на зменшення інтенсивності бойових дій, армійське командування і медичний (психіатричний) персонал у В'єтнамі зіткнулися з дедалі більшими проблемами деморалізації та відчуження солдатів – симптомами серйозно скомпрометованої армії, яка намагалася привернути увагу до себе і до своїх труднощів. Не дивно, що згубний бойовий дух в Армії та проблеми з дисципліною віддзеркалилися на такому ж рівні у Військово-морських силах у В'єтнамі.

Офіційний звіт діяльності Військово-морських сил у пізній період війни визнає жорстокість, звірства, які виявлялися під час бойових дій, випадки "вогню по своїх", відмови від участі у бойових діях, расові суперечки, вживання наркотиків, напади із використанням вибухових пристроїв і непокору.

Поведінкові проблеми та порушення дисципліни

Не дивлячись на заходи, що вживалися, в армії не зменшувалася кількість дисциплінарних проблем, зокрема расових сутичок, нападів на старших за званням, вживання наркотиків, а також збільшення кількості тих, у кого діагностували поведінкові розлади (“приховані втрати”).

Традиційні показники психіатричних захворювань вражають уже самі по собі. Рівноцінно тривожним було супутнє зростання поведінкових проблем упродовж періоду виведення військ із В’єтнаму. Це вимірювалося через такі показники, як:

а) дисциплінарні порушення із судовим і несудовим покараннями;

б) небойові втрати;

в) відмови від участі в бойових діях;

г) корупція і спекуляція;

д) інциденти на расовому ґрунті;

е) вирок за вчинення злочину з підриву командирів;

ж) вживання нелегальних наркотиків.

Військові психіатри часто мали справу з цими проблемами і намагалися використовувати традиційні засоби та моделі.

“Героїнова епідемія”

Починаючи з 1970 р., перед психіатрами та військовим командуванням, як уже зауважувалось раніше, постала проблема зростання вживання героїну серед рядових, що впливало на дисципліну та бойовий дух. Це значною мірою заплутало психіатричну картину останньої третини війни. Коли в червні 1971 р. стала доступною технологія скринінгу наркотиків у сечі, відбулося стрімке зростання випадків потрапляння до психіатричного закладу й евакуації, значно збільшилося виявлення випадків вживання солдатами наркотиків, що вплинуло на показник поширеності проблеми. За статистикою Міністерства оборони, наприкінці війни приблизно 60 % солдатів у В’єтнамі вживали марихуану і, як зазначалося, 25–30 % вживали героїн.

Зрештою, політика Армії США у В’єтнамі (USARV) втілилася в “Програмі амністії”, яка була адаптацією документа № 600-32

(Програма наркореабілітації/амністії). Цей документ визначив процедури й умови одноразової “амністії”, а також окреслив складові реабілітаційної програми у підрозділах (“для споживачів наркотиків, яких можливо повернути у стрій, якщо це потрібно”).

Зусилля із впровадження були спрямовані на нашвидкоруч скомпоновану програму з лікування/реабілітації та заклади, де застосовували різноманітні підходи у допомозі солдатам, які добровільно прагнули відмовитися від наркотиків. З часом, однак, стало зрозуміло, що ці зусилля були марними. Єдиним чинником, який позитивно впливав на відмову від героїну, було наближення дати повернення додому. Унаслідок цього військові вдавалися до примусових заходів, у межах яких у підрозділах без попередження проводився обов’язковий скринінг сечі. Солдати, в сечі яких знаходили залишки продуктів морфіну, направлялися до центрів детоксикації, і коли вони ставали “медично чистими”, далі спрямовувалися до одного з 34 військових госпіталів у США для подальшої діагностики й лікування.

На 21 вересня 1971 р. пройшли тести 92 096 солдатів, із них 5,2 % (4 788) мали позитивний результат. Проте ці дані не відображають реального поширення проблеми у В’єтнамі, адже солдати, які готувалися до відправки додому, були вмотивовані припинити вживання героїну, щоб не затримати свого повернення до США.

2.11 Діяльність інституту військово-медичних досліджень Волтера Ріда Міністерства оборони США

Інститут військово-медичних досліджень Волтера Ріда WRAIR – провідний центр біомедичних досліджень Міністерства оборони (МО) США, який поєднує фундаментальні дослідження і передові технології для захисту й підтримки військовослужбовців. Програма WRAIR із досліджень психічного здоров’я реалізується на двох майданчиках. Це Департамент військової психіатрії, відділ психіатрії та неврології у головному інституті в Сілвер-Спрінг, штат Меріленд, та науково-дослідний підрозділ Армії США в

Європі – у Гейдельберзі, Німеччина. У цих двох структурах працюють приблизно 35 співробітників.

Програма є міждисциплінарною, складається з дослідників і клінічних психологів, психіатрів, соціальних працівників, соціологів, а також експертів з питань клінічної оцінки й управління, організаційної психології, ефективності індивіда і підрозділів, лідерства, психіатричної епідеміології та досліджень у сфері надання медичних послуг. На додачу до досліджень із військової психології та психіатрії інститут також має дві інші дослідницькі програми світового рівня. Одна спрямована на підтримку продуктивності в умовах депривації сну, інша – на зменшення наслідків травм голови під час бойових дій. Інститутом була розроблена Програма під назвою *“Заходи з посилення психологічної стійкості в бойових умовах”*, яка містила:

1) отримання інформації про чинники, які є предикатами високих рівнів психічних розладів, провалів у наданні послуг, стигми і перешкод у допомозі, а також пов'язаних із психічним здоров'ям проблем у виконанні функціональних обов'язків і бойовій готовності;

2) вироблення оцінювальних інструментів для ефективних методів скринінгу психологічного здоров'я у тих, хто воює;

3) розробку профілактичних заходів і ранніх втручань, спрямованих на підтримку психологічного пристосування до бойових умов, профілактичних заходів зі зниження впливу стресу, поліпшення психічної стійкості й здоров'я.

Такі інструменти є підґрунтям профілактики і зусиль із раннього втручання.

Перше епідеміологічне дослідження з питань психічного здоров'я було проведено за новою методологією у 2000 р. Його мета полягала у визначенні корелятив спалаху суїцидальної поведінки та вчинених суїцидів серед солдатів, які брали участь у базовому навчанні в Форт Леонард Вуд, штат Міссурі.

З того часу дослідників WRAIR залучали до мультидисциплінарних команд Медичного управління Армії, які проводили епідеміологічні консультації щодо суїцидів і вбивств. Ці

групи проблем були пов'язані переважно з високим темпом підготовки до бойових операцій в Афганістані та Іраку, а також із подружніми й родинними стресорами.

До уваги національних ЗМІ потрапили результати досліджень суїцидів і вбивств у Форт Брегг, штат Північна Кароліна, серед солдат, залучених до участі в операціях в Афганістані. За підсумками дослідження було підготовлено рекомендації, відповідно до яких у 2003 р. впровадили військову циклічну програму підтримки тих, кого відправляють за кордон. Ця програма є всеосяжною і спрямована на підтримку військових і членів їхніх сімей упродовж усього циклу відправки за кордон, а також після повернення додому з бойового середовища.

Рівень превентивного консультування

Превентивні консультативні поради передбачають використання небезпек, виявлених на фазах планування і нагляду, та надання рекомендацій медичному персоналу щодо заходів, які слід вживати, та сфер, на які слід звернути особливу увагу. Загалом, у гарнізоні та зоні бойових дій передбачено три категорії превентивних дій: 1) первинна профілактика, 2) вторинна профілактика, 3) третинна профілактика. Ці превентивні заходи особливо важливі в зоні бойових дій, враховуючи можливу обмеженість ресурсів.

Первинна профілактика складається з програми, створеної задля передбачення критичних моментів у кар'єрі особи та зменшення стресу. *Вторинна профілактика* містить загальні необхідні програми спеціальної підтримки та критичного консультування, якщо особа стикається з кризовим періодом життя та їй потрібна допомога професіонала. *Третинна допомога* була розроблена, щоб забезпечити негайну допомогу в разі потенційно небезпечних для життя криз фахівця з охорони психічного здоров'я.

В рамках первинної профілактики, у відповідь на розвиток технологій і визнання того, що солдати й командири стикаються з різними чинниками стресу під час циклу розгортання, військово-медичне управління створило навчально-освітню програму під

назвою “Battlemind” (психологічна підготовка військовослужбовців).

Було розроблено модулі для окремих стадій циклу розгортання, щоб надати сили солдатам, допомогти їм розвинути психологічну стійкість у стресових ситуаціях, а також навчити солдатів способів використання їхньої сили під час переведення. Модулі для солдатів та їхніх сімей були створені для періоду до розгортання, реінтеграції (одразу ж опісля повернення з зони бойових дій) і відновлення (90–180 днів опісля повернення з зони бойових дій). Початкові результати дослідження ефективності відео уроків “Battlemind”, що триває, є багатообіцяючими.

РОЗДІЛ 3

УПРАВЛІННЯ РИЗИКОМ СУЇЦИДУ І ГОМІЦИДУ¹: ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРИНЦИПИ ГРУПОВОГО НАГЛЯДУ В ГАРНІЗОНАХ І МІСЦЯХ ПОСТІЙНОЇ ДИСЛОКАЦІЇ (за досвідом Армії США)

Процедури групового нагляду використовуються в місцях постійної дислокації та в умовах бойового оточення як інструмент організації безпеки особового складу, коли в ньому присутній солдат із думками про суїцид чи вбивство.

На теперішній момент жодна публікація Армії США чи наявна література не пропонує оптимального рішення чи методики застосування цих процедур. У цьому розділі розглянуто принципи і пропозиції щодо застосування групового нагляду, базуючись на фундаментальних засадах військової психіатрії, огляді відповідної літератури та набутому досвіді. Також у розділі розглядаються медико-правові питання, пов'язані з принципами використання групового нагляду в Армії США.

3.1 Обґрунтування та принципи групового нагляду

Контроль над суїцидальними та гоміцидальними пацієнтами у військовому оточенні дещо відрізняється від контролю над пацієнтами в цивільному секторі з деяких причин.

Одна з них полягає в тому, що військове оточення має додаткові ресурси, такі як командування і товариші по службі, які допомагають військовому лікарю-клініцисту керувати ризиком вбивства та самогубства. Ще одна важлива причина – це необхідність контролю ризику суїциду та вбивства в пункті дислокації чи територіально обмеженому закладі. Нарешті,

¹ спричинення смерті, позбавлення життя однієї людини іншою.

контроль ризику самогубств і вбивств у військовослужбовців вимагає вирішення проблеми підвищеного доступу до вогнепальної зброї. Груповий нагляд виник в межах певних обставин й отримав деяку підтримку в психіатричній спільноті як практичний і ефективний метод організації заходів безпеки для солдатів та їхнього оточення.

Груповий нагляд використовується в різному середовищі – від поля бою до місця постійної дислокації, в основному у випадках з певним рівнем ризику, що викликає занепокоєння та не обов'язково потребує госпіталізації особи.

Хоча психіатрична госпіталізація часто необхідна для пацієнтів з високим ризиком скоєння суїциду чи гоміциду, вона не завжди є найкращим варіантом контролю ризику у військовому оточенні з певних причин.

У деяких випадках госпіталізація вимагає переміщення солдата з військової частини (особливо тих, які мають низький або помірний ризик скоєння самогубства). Це може затримати одужання, особливо коли симптоми викликані бойовим виснаженням. На підставі власного спостереження фахівці визначили, що інколи госпіталізація посилювала симптоми через надання солдату статусу психіатричного пацієнта.

Психіатрична госпіталізація має значне відторгнення серед військових, як і в суспільстві загалом, і може назавжди перешкодити реінтеграції солдата до його військової частини. Товариші по службі часто надають неприємні коментарі щодо госпіталізованих солдатів, зокрема такі, як “псих”, чи про необхідність зачинити його “у кімнаті з м'якими стінами”.

Деякі солдати втрачають почуття гідності та відчуття співпричетності, коли їх відділяють від підрозділу та коли вони не можуть підтримувати власні професійні навички на необхідному рівні. Груповий нагляд (також відомий як “загально командна зацікавленість”) – термін, що описує використання військової системи задля обмеження суїцидального та гоміцидального доступу солдата до людей, місць чи предметів, що можуть збільшити його шанси нашкодити собі чи іншим.

Також необхідно переконатись, що солдат поступово повертається до нормального психічного стану. Груповий нагляд – це чудовий приклад роботи військових клініцистів, що працюють із командою для задоволення потреб психічного здоров'я солдата в найменш обмежених умовах через застосування принципів військової психіатрії, перевірених часом: PIES (наближеність, негайність, очікування, простота) (proximity, immediacy, expectancy, simplicity) або VICEPS (терміни, вказані вище, а також нетривалість і контакт чи централізованість) (brevity, immediacy, centrality, expectancy, proximity, simplicity).

Багато солдатів із суїцидальними та гоміцидальними думками пережили важкі життєві обставини. Інколи ці обставини є прямим наслідком військового оточення і можуть бути причиною бойового виснаження. Суїцидальні та гоміцидальні думки можуть траплятись при відсутньому діагностуванні психічної хвороби. Такі думки можуть зникнути завдяки простим методам втручання, зокрема таким, як відпочинок, імовірність одужання, увага і підтримка солдата командуванням. Результати застосування доктрин PIES показали поліпшення стану солдатів із суїцидальними та гоміцидальними думками після короткого невідкладного догляду й надання їм підтримки з боку підрозділу. Груповий нагляд – це механізм гарантування безпеки методами догляду та підтримки. Груповий нагляд може знизити шанси помилкового судження щодо стану психічного здоров'я солдата, тому що члени підрозділу бачать та взаємодіють із ним на повсякденній основі.

Солдати часто звітують, що навіть розмова з членами команди є корисною. Командири та сержанти старшого сержантського складу часто надають безцінну підтримку солдатам групового нагляду тим, що дослуховуються до їхніх переживань, інколи модифікуючи методи взаємодії із солдатами. Будучи у ролі наглядача, вони особливо чутливо ставляться до проблем солдата і надають поради й соціальну підтримку. Хоча груповий нагляд часто є ефективним, це не завжди найкращий підхід.

Лікуючий медичний працівник використовує медичний підхід, щоб визначити найкращий метод дії. Один із чинників для роздуму

полягає в тому, що груповий нагляд може мати певний ризик відчуження товаришів по службі. Вони можуть бути розчаровані збільшенням кількості роботи та потенційним ризиком, адже їм доведеться виконувати обов'язки цього солдата на полі бою або надати особу, яка наглядатиме за ним. Це розчарування може загостритися, коли солдати, які мають суїцидальні чи гоміцидальні думки та які часто обмежені можливостями давати і отримувати соціальну підтримку, вже відособили себе. Багато солдатів, що проходили груповий нагляд, розповідали психологам про випадки глузування або словесних образ як від товаришів по службі, так і від командирів свого підрозділу. Незалежно від оточення, упередження, асоційовані з психічним лікуванням, можуть бути значущими. Відповідне навчання командирів підрозділів, які надалі навчатимуть особовий склад підрозділу груповому нагляду, схоже на “допомогу родині в біді” та може знизити прояви упередження і відчуженості.

Командування, злагодженість бойового підрозділу та ототожнення з групою відіграють вирішальну роль у можливості солдата впоратися з обов'язками мирного і воєнного часу. Груповий нагляд може сконцентрувати увагу команди на проблемах та подразниках, що впливають на їхніх солдатів. Щодо причин стресу, то команда може надавати посилену підтримку солдату та вирішити кілька проблем, які є причинами підвищеного ризику суїциду чи гоміциду.

В ідеальному випадку команда спілкуватиметься, розуміючи, що груповий нагляд – це командне зусилля, створене, щоб допомогти одному з них, для посилення як злагодженості команди, так і вміння солдата сприяти цьому. Така підтримка може зменшити занепокоєння та безнадійність, які часто присутні у солдатів із суїцидальним чи гоміцидальним ризиком. Працюючи з командою, необхідно впевнитися, що в атмосфері групового нагляду присутня соціальна підтримка, яка може бути дуже корисною для солдата. Посилення такої підтримки здатне відіграти ключову роль у видужанні солдата. Хоча певний ризик лишається, спеціалісти стверджують, що груповий нагляд значно знижує ризик

доступу солдата до таких летальних методів самогубства, як вогнепальна зброя, мотузки, медикаменти чи ножі. Серед зазначеної зброї саме вогнепальна заслуговує на окрему увагу. У 2004 і 2005 роках вогнепальна зброя була найпоширенішим методом скоєння суїциду серед військових Армії США (62 % та 69 % відповідно). Обмежуючи доступ до вогнепальної зброї, груповий нагляд може знизити ризик скоєння суїциду на ранньому етапі лікування, таким чином даючи час на лікування та втручання команди за допомогою наданої підтримки. Серед спроб скоєння і власне скоєних суїцидів солдатами Армії США у 2005 р. 57 % спроб і 17 % скоєних суїцидів супроводжувались вживанням алкоголю чи наркотиків. Такі зловживання мають бути засуджені та заборонені, адже це знизить суїцидальну та гоміцидальну поведінку.

Також, обмежуючи контакт з особами, що можуть подразнювати стан солдата чи стати жертвою його гоміцидальних намірів, груповий нагляд здатен знизити ризик і запобігти несприятливому результату.

Нарешті, використання групового нагляду може бути дуже ефективним для солдата, який має “суто військові” суїцидальні чи гоміцидальні думки: у тому сенсі, що він не отримає “вторинний виграш”, тобто переваг від хвороби. Терміни “суто військові суїцидальні ідеї” і “суто військові гоміцидальні ідеї” означають словесне вираження суїцидальних чи гоміцидальних думок з неявною (що визначає лікар) або явною метою уникнення військового обов’язку, такого як польові навчання, розгортання, переведення в інший підрозділ чи на іншу військово-облікову спеціальність, отримання звільнення від виконання службових обов’язків. У таких випадках солдати зазвичай натякають чи прямо заявляють, що здатні вбити себе чи командира підрозділу, якщо їм буде відмовлено у висловленому проханні. Такі заяви часто супроводжуються звинуваченнями в гнобленні від одного зі старших командирів, котрі можуть або не можуть бути добре обґрунтованими.

У багатьох випадках конкретних військових суїцидальних чи гоміцидальних думок погрози солдата безпосередньо пов'язані з бажанням залишити військову службу. Такі солдати можуть вірити, що заява про суїцидальні чи гоміцидальні думки – легкий шлях до “комісування” (звільнення з Армії без суду) без жодних негативних наслідків. У разі відсутності чинників ризику, необхідності госпіталізації та прояву суто військових суїцидальних чи гоміцидальних думок необхідний груповий нагляд.

Таким чином, стаціонарне лікування буде доступне для інших військовослужбовців, яким це лікування може принести користь. Солдати в підрозділі швидко розуміють, що система охорони психічного здоров'я створена не за для уникнення своїх обов'язків та відповідальності, а для забезпечення підтримкою та лікуванням, щоб допомогти їм більш ефективно функціонувати у військовому оточенні. Тоді як управління суто військовими суїцидальними і гоміцидальними думками ефективно у місці постійної дислокації, груповий нагляд більш ефективний у районі бойових дій.

Суто військові суїцидальні та гоміцидальні думки є двома найбільш поширеними психологічними симптомами, що проявляються на полі бою та при неправильному нагляді можуть легко перерости у “синдром евакуації”. Компетентний груповий нагляд має більше шансів успішно провести втручання під час військових операцій чи війни.

Таким чином, зберігаються бойові чи миротворчі сили Армії. Однак, щоб використовувати цю систему в місцях постійної дислокації та гарнізонах, необхідні певні модифікації. Два застереження потребують обговорення, коли йдеться про використання групового нагляду як засобу досягнення безпеки солдатів, відносно яких існує ризик скоєння суїциду чи гоміциду.

По-перше, хоча груповий нагляд може бути корисний для солдатів, це лише одна зі складових частин багатогранного плану лікування. У разі необхідності військові психіатри повинні надавати психологічне і фармакологічне лікування та переконатись у безпеці солдатів, які потребують догляду. Наприклад, при лікуванні симптомів тривоги та безсоння необхідно знизити ризик

суїциду. Лікування цих симптомів має бути пріоритетним у солдатів, які мають суїцидальні думки, та проводиться незалежно від вирішення проведення групового нагляду.

Другий нюанс полягає в тому, що, по суті, не існує досліджень, які безпосередньо вказують на безпеку та ефективність групового нагляду як методу втручання.

Звіт випадків самогубств в Армії (ASER) дійсно надає деякі дані, що опосередковано говорять про безпеку “під командним наглядом” (визначається у формі ASER як, наприклад, “CIP” – посилення на загальнокомандну зацікавленість).

Враховуючи широке використання процедур групового нагляду в Армії США, ці дані дещо підтверджують гіпотезу, що груповий нагляд є безпечним і може бути ефективним при зниженні суїцидальної поведінки на короткий термін, до початку лікування.

3.2 Оцінка ризику суїцидів

Задля правильного використання групового нагляду необхідно мати можливість задокументувати ризик самогубства у кожного солдата у такому форматі, щоб чітко можна було прослідкувати за процесом прийняття рішень лікаря-клініциста. Про чинники, що найбільше асоціюються зі скоєнням суїциду серед цивільного населення та Армії США, було багато написано. Ці чинники можуть бути додані до оцінки ризику, яка допоможе лікарю обрати груповий нагляд чи госпіталізацію.

Один із чинників ризику, який найімовірніше пов’язаний зі скоєнням суїциду, – це діагноз. Майже 50 % усіх пацієнтів, які вчинили спробу або скоїли суїцид, мали такий діагноз, як афективний розлад, психічний розлад, наркотична чи алкогольна залежність, деменція чи гарячкове марення. В одному з досліджень в осіб віком до 30 років, які скоїли суїцид, найпоширенішим діагнозом були антисоціальна психопатія, алкогольна і наркотична залежність.

Аналізуючи набутий досвід, можна зазначити, що значна кількість солдатів із конкретно військовими суїцидальними ідеями

не мали цих діагнозів. Однак відсутність психіатричного діагнозу в солдатів на службі Армії США необхідно сприймати з ремаркою, адже ASER 2005 р. вказують, що лише 26 % осіб, що скоїли самогубство, мали психіатричний діагноз.

“Стійкий намір померти”, що переважав “основне бажання змін”, як і “внутрішня комунікація” (самокатування) проти “зовнішнього спілкування” були названі важливими чинниками, пов’язаними з високим ризиком самогубства.

Більшість солдатів із конкретно військовими думками, в першу чергу, зацікавлені у змінах (покинути військову службу, бойове оточення чи підрозділи) та сердяться на зовнішній об’єкт (військових взагалі або їх підпорядкування), а не звинувачують себе у власній незадоволеності. Крім цього, асоціація скоєння самогубства через конфлікт у романтичних стосунках або недавнє розлучення була особливо добре описана серед військових. Коли багато з описаних вище чинників ризику скоєння суїциду відсутні, це часто вказує на те, що в цьому разі груповий нагляд більш необхідний, ніж госпіталізація. Важливо, щоб лікар-клініцист докладно задокументував ці та інші чинники з метою оцінювання ризику суїциду для вирішення питання доречності призначення групового нагляду. У військовому оточенні супутній звіт від командира або від інших солдатів підрозділу є важливим джерелом інформації в оцінюванні ризику самогубства.

Нинішня практика щодо оцінювання ризиків самогубства також наголошує на постійному оцінюванні ризиків. Працівник психічного здоров’я, щоб визначити, чи зріс ризик самогубства до такого рівня, коли надалі необхідна стаціонарна госпіталізація, повинен проводити повторні оцінювання осіб, які перебувають під груповим наглядом. Оцінювання й управління ризиками гоміцидальних думок є аналогічними описаним методам для оцінювання та управління ризиками самогубства з розглядом чинників ризику і регулярних повторних оцінювань, що відіграють вирішальну роль в процесі прийняття рішень.

Рекомендації щодо процедур групового нагляду та деякі медико-юридичні питання подано у Додатках 1 та 2.

РОЗДІЛ 4

ДОСВІД РОБОТИ ЩОДО НЕДОПУЩЕННЯ НЕБОЙОВИХ ВТРАТ ОСОБОВОГО СКЛАДУ В АРМІЯХ КРАЇН СВІТУ

4.1 Проблема суїциду в збройних силах різних країн (статистичні дані)

Перелік з 10 країн Європи з найвищими показниками рівня самогубств (у перерахунку на 100 000 населення), станом на 2015 р. (за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я):

1. Литва – 32,7.
2. Білорусь – 22,8.
3. Польща – 22,3.
4. Латвія – 21,7.
5. Угорщина – 21,6.
6. Словенія – 21,4.
7. Бельгія – 20,5.
8. Україна – 20,1.
9. Росія – 20,1.
10. Естонія – 18,9.

Велика Британія

У період з 1997 по 2016 роки в збройних силах Великобританії зареєстровано 325 випадків суїциду (308 – серед військовослужбовців-чоловіків, 17 – серед військовослужбовців-жінок). В середньому, кожні 2 тижні один британський військовослужбовець здійснює самогубство.

При цьому, середній показник кількості самогубств склав 8 на 100 000 військовослужбовців і, за заявами офіційних представників британського військового відомства, знижується протягом останніх 20 років, залишаючись нижчим, ніж в середньому по країні.

Канада

Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони Канади представив у другій половині 2015 р. керівництву національного військового відомства аналітико-статистичну доповідь “Випадки

самогубств зі смертельними наслідками в збройних силах Канади в період з 1995 по 2014 рік”.

Документ містить узагальнену інформацію з означеної теми та аналіз основних причин, що спонукали канадських військовослужбовців накласти на себе руки, а також перелік ключових факторів ризику, які необхідно враховувати керівництву збройних сил у повсякденній діяльності та бойових умовах для запобігання новим спробам суїциду серед особового складу. Особливу увагу автори документа приділили всебічному аналізу випадків самогубств серед військовослужбовців, зафіксованих в 2014 р. Для більш ретельного вивчення проблеми фахівці департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони Канади провели комплексний огляд різних чинників, що стосуються осіб загиблих.

Після проведення дослідження фахівці департаменту охорони здоров'я МО Канади зробили висновок, що на кількість самогубств істотний вплив не чинять багато чинників, що раніше вважалися “критичними”. Зокрема, не відзначено негативний вплив на суїцидальні настрої військовослужбовців їх участь у бойових діях і заходах оперативно-бойової підготовки.

В цілому, на думку канадських фахівців, статистика самогубств військового відомства не має значних відмінностей від подібних випадків серед інших соціальних груп населення по всій країні.

Таблиця 4.1

**Кількість самогубств зі смертельними наслідками
серед військовослужбовців чоловічої статі ЗС Канади**

Рік	Кількість	Рік	Кількість
1995	12	2005	10
1996	8	2006	7
1997	13	2007	9
1998	13	2008	13
1999	10	2009	12
2000	12	2010	12
2001	10	2011	21
2002	9	2012	10
2003	9	2013	9
2004	10	2014	16
Всього:		225	

Автори доповіді відзначають, що половина загиблих (53,3 %) мала зафіксовані випадки психічних розладів, включаючи депресію – 40 % і дистимії (розлад настрою без видимої причини) – 6,7 %. У чотирьох військовослужбовців (26,7 %) реєструвалися різні відхилення, включаючи “невроз тривоги (паніки)” – 13,3 % і гострі психічні розлади – 6,7 %.

В ході розслідування подібних справ було з’ясовано, що під час скоєння суїциду двоє військовослужбовців перебували в стані алкогольного сп’яніння, а ще двоє – під впливом наркотиків і алкоголю.

В якості однієї з психологічних причин скоєння самогубства у чотирьох осіб була відзначена сукупність “поганого настрою” і “неврозу тривоги (паніки)”. У двох військовослужбовців (13,3 %) за три місяці до загибелі діагностували гострі психічні розлади, а троє (20 %) протягом року до своєї смерті отримували різні травми голови. Крім того, в ході проведення медичних обстежень п’ять осіб (33,3 %) повідомляли про спроби суїциду, що здійснювалися ними раніше.

Фахівці департаменту охорони здоров’я Міністерства оборони Канади особливо підкреслюють, що всі ці негативні для психічного стану військовослужбовців чинники не враховувались під час щорічного диспансерного огляду.

У збройних силах країни існує практика письмового опитування військовослужбовців, спрямованого на виявлення суїцидальних настроїв. У 2014 р. більше половини із загиблих (53,3 %) в ході процедури зізнавалися в їх наявності, інші заперечували.

В якості основних чинників ризику, виявлених за результатами опитувань осіб з суїцидальними намірами, канадські військові медики виділяють наступні (%):

- сімейні негаразди – 80;
- проблеми на роботі – 53,3;
- стан здоров’я – 46,7;
- борги та проблеми із законом – по 40,0.

Кількість самогубств серед канадських військовослужбовців-жінок є незначним, і тому ці дані не враховувалися авторами при складанні доповіді. Всього за вказаний період сталося 13 самогубств серед даного контингенту: в 2006, 2007, 2008, 2011, 2013 і 2014 роках по одному випадку, в 2003-му і 2009-му по два і в 2012-му – три.

Таблиця 4.2

Соціальні характеристики військовослужбовців, які скоїли суїцид у 2014 році	
Характеристики	Кількість (%)
Сімейний стан	
Ніколи не були одружені	2 (13,3)
Цивільний шлюб	2 (13,3)
Одружені	9 (60,0)
Офіційно розлучені, вдовці	2 (13,3)
Рівень освіти	
Середня школа	3 (20,0)
Повна школа	7 (46,7)
Технічний коледж	1 (6,7)
Коледж	1 (6,7)
Бакалавріат	2 (13,3)
Магістратура	1 (6,7)

Таблиця 4.3

Способи здійснення суїциду (2014 рік)	
Способи	Кількість (%)
Повішення	8 (53,3)
Використання вогнепальної зброї	4 (26,7)
Отруєння чадним газом, втоплення	2 (13,3)
Наркотики, таблетки	1 (6,7)

Ізраїль

За офіційними даними, в 1990-х роках військовослужбовцями Армії оборони Ізраїлю щороку здійснювалося близько 39 суїцидів. У 2003 р. число загиблих в результаті суїцидів досягло 43 військовослужбовці, що значно більше загиблих з природних причин, або в ході бойових дій.

За даними міністерства оборони Ізраїлю, в період з 2001 по 2011 рр. в Армії оборони Ізраїлю скоєно 237 суїцидів серед військовослужбовців. У 2012 р. покінчили життя самогубством 14,

роком пізніше – 7 військовослужбовців. З 2016 р. ізраїльськими військовослужбовцями скоєно 15 суїцидів.

Фахівці з'ясували, що в “зоні ризику” солдати і офіцери-репатріанти з СНД і, як правило, із забезпечених сімей, переважно чоловіки: серед самогубців тільки 6 % жінок, хоча в армії їх 36 тисяч. Найнебезпечніший місяць – січень, а день тижня – неділя. Більше половини самогубців – солдати першого року служби, хоча “дідівщини” в нашому розумінні в ЦАХАЛі немає. Існують проблеми доведення до самогубства. В жіночому прикордонному батальйоні “Каракал” (“Дикі кішки пустелі”) товариші по службі ледь не зацькували жертву до смерті. Підставою була сексуальна нетрадиційна орієнтація жертви. На стінах казарми солдати малювали графіті із закликом до лесбіянки накласти на себе руки.

Поки що в Ізраїлі ефективного способу боротьби з суїцидами не знайшли. Експерти лише рекомендують вилучити зброю у солдат небойових частин.

Польща

У період з 1978 по 2010 рр. у Війську Польському було здійснено 531 суїцид серед військовослужбовців.

Статистика суїцидів серед військовослужбовців Війська Польського за останні роки наведена в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

Статистика суїцидів серед військовослужбовців Війська Польського

Кількість суїцидів серед військовослужбовців Війська Польського						
Роки	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість	11	11	5	13	9	13

У 1978 р. середній показник кількості самогубств становив 25,4 (на 100 000 військовослужбовців). З переходом на контрактний спосіб комплектування Війська Польського в серпні 2009 р., відзначається зменшення значення цього показника (з 15,5 в 2009 р. до 10,5 в 2012 р.).

Литва

За даними національного міністерства охорони краю, в період з 1992 по 2004 рр. в збройних силах Литви скоєно 39 суїцидів серед військовослужбовців, з 2005 по 2015 рр. – 26, при цьому, у 2016 р. – 2 суїциди. У період з січня по квітень 2017 р. 1 військовослужбовець покінчив життя самогубством. Щорічно за психологічною допомогою звертається понад 200 військовослужбовців.

Хорватія

Під час дослідження цієї проблеми вивчалася кількість самогубств хорватських ветеранів у період з 1991 р. до кінця 2014 р., результати якого були вражаючими: у цей період зареєстровано 2 734 самогубства ветеранів із тенденцією до їх поступового зростання серед ветеранського середовища і падіння серед цивільної спільноти.

Оскільки в Хорватії чоловіки частіше себе вбивають, ніж жінки, а військові ветерани здебільшого чоловіки (95 %), було проведене окреме порівняння самогубств чоловіків серед цивільних і ветеранів. І знову дійшли висновку про те, що кількість самогубств цивільних зменшувалася, тоді як ветеранів – зростала. Встановлено, що середній вік самогубців серед ветеранів становить близько 43 роки в чоловіків і 48,5 роки у жінок, причому 68 % з них на момент скоєння самогубства були молодшими 50 років, а четверо не досягли двадцятирічного віку.

Окрему увагу у дослідженні було присвячено самогубству військових ветеранів-інвалідів, як найбільшій підгрупі ризику в середині ветеранської спільноти. Результати показали, що рівень суїцидів серед них ще більший, ніж серед “здорових” інвалідів, причому окремою чутливою групою є тяжкі військові інваліди (від 60 до 100 % інвалідності). Ці дані, на перший погляд, парадоксальні, з огляду на те, що тяжкі інваліди в Хорватії користуються найкращим матеріальним забезпеченням (пенсія за інвалідністю, житлове забезпечення тощо), рівень якого пропорційно дорівнює ступеню інвалідності (найтяжчі інваліди мають найбільше матеріальних пільг). Стало очевидним, що

система, яка базується у першу чергу лише на матеріальному забезпеченні, не може запобігти появі суїцидів серед військових ветеранів, оскільки вони шукають нематеріальної компенсації у вигляді віддавання їм пошани за ті жертви, які вони принесли під час війни.

Дослідження також спростувало ще одне поширене твердження про те, що найбільше себе вбивають ветерани з ПТСР. Аналіз суїцидів хорватських військових ветеранів відповідно до типу їх патологій засвідчив, що між ними однакова кількість тих, хто має діагноз ПТСР (30 %), тих, хто інвалідність отримав внаслідок поранення (27 %) і тих, хто стали інвалідами внаслідок пошкодження або хвороби на війні (33 %).

Більш глибокий аналіз виявив існування вищого рівня суїциду серед тих військових ветеранів, котрі отримали інвалідність від поранення і мають діагноз ПТСР. Звичайно, ці результати інтерпретовані із застереженнями, що інваліди становлять лише 10 % від усіх хорватських військових ветеранів, котрі скоїли самогубство. Але, як раніше зазначалося, під тиском багаторічної стигматизації і низки адміністративних перепон при отриманні статусу інваліда ветеранами з ПТСР, можна передбачити, що багато захисників із реальними симптомами розладу відмовилися від оприлюднення своїх проблем і спроб лікування (так званий, прихований ПТСР). Скільки є ти, хто в такому стані позбавили себе життя, ми, мабуть, ніколи не дізнаємося.

Російська Федерація

За статистикою кожна четверта смерть в російській армії є результатом самогубства. І тільки у 10 % військових, які вчинили спробу самогубства, було тверде бажання померти, в 90 % випадків це був “крик про допомогу”, адресований оточуючим.

Основні причини самогубств – низький рівень психологічної стійкості призовників (15 %), міжособистісні конфлікти і особливо порушення статутних правил взаємовідносин (34 %), слабка профілактична робота командирів, військових психологів.

Основні причини самогубств серед солдатів за призовом – особистісно-сімейні неприємності. 57 % самогубств в армії

здійснюють строковики, майже 20 % – офіцери, 12 % – прапорщики, 10 % – контрактники.

Критичним для російської армії став 2008 р. коли суїцид скоїли 292 людини в армії і 213 – на флоті. Всього з 2005 по 2009 роки позбавили себе життя 2 531 чоловік.

Остання офіційна статистика суїцидів в армії РФ була опублікована у 2011 р. Тоді телеканал “BBC” з посиланням на управління Головної військової прокуратури повідомляв про 119 самогубства в рядах збройних сил в період з січня по жовтень того року. При цьому 51 інцидент припадав на призовників та 29 – на контрактників, а причиною суїциду в переважній більшості випадків ставали нестатутні відносини або погані новини з дому.

Республіка Білорусь

Таблиця 4.5

Відомості про події у Збройних Силах

1994	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість загиблих військовослужбовців при виконанні і не при виконанні обов'язків (на 1000 військовослужбовців)									
1,0	0,3	0,4	0,3	0,4	0,22	0,175	0,16	0,11	0,14
Число самогубств (на 1000 військовослужбовців)									
0,4	0,09	0,09	0,07	0,1	0,06	0,06	0,08	0,05	0,06

4.2 Діяльність з профілактики суїцидів

Канада

В якості найбільш ефективної стратегії запобігання суїцидів психологи рекомендують більш уважно ставитися до психічного стану військовослужбовців при проведенні щорічного медичного огляду, а також створювати сприятливі умови проходження служби для всіх категорій особового складу.

Для військовослужбовців у віці до 40 років проводиться медичний огляд – раз в п'ять років, після 40 – раз на два роки.

Хорватія

Вважаючи на багатовимірність природи суїцидальної поведінки, дедалі більше фахівців підтримують цілісний, багаторівневий підхід

до профілактики самогубств, який передбачає елементи медичного, суспільного та соціального підходів і враховує культурну, соціальну та іншу специфіку різних цільових груп.

На практиці це передбачає диференційовані підходи і профілактичні програми для різноманітних суспільних груп, зокрема, груп ризику. У цьому напрямі ВОЗ розробила для країн Європи План дій, в якому рекомендує національні стратегії із запобігання суїциду базувати на культурних відмінностях із окремим наголосом на виявленні суспільних груп ризику і високого ризику (WHO, 2002).

Враховуючи зв'язок між соціально-економічним статусом і появою самогубств, соціальний підхід до профілактики суїциду засновується на застосуванні заходів соціального захисту.

Соціальний підхід, на відміну від медичного і суспільного, більше наголошує на важливості загального громадського (політичного) залучення і проведення політики із профілактики суїциду на державному та місцевому рівнях.

Австрія

Досвід країни з попередження суїцидів свідчить про дієвість висвітлення самогубств у ЗМІ у відповідний, точний, потенційно допоміжний спосіб, запобігаючи таким чином трагічній втраті людського життя.

Практика показала, що використання рекомендацій для висвітлення самогубств у ЗМІ призвело до зменшення їх рівня на 7% вже у перший рік і на 20% після чотирьох років.

4.3 Діяльність з профілактики відхильної поведінки

Ізраїль

Успіх роботи психологічної служби армії Ізраїлю оцінюється за наступними критеріями: кількість людей, яким згодом потрібна була госпіталізація внаслідок прояву гострих форм психіатричної патології; кількість суїцидів; кількість девіантних дій, викликаних тією або іншою формою психічних відхилень.

Профілактика відхилень у поведінці передбачена системою психологічної роботи з військовослужбовцями.

Система діагностики військовослужбовців займає певне місце серед заходів щодо профілактики відхилень у поведінці.

Перший етап – система діагностики і профорієнтації. Призовник приходять до військкомату у віці 16 років і проходить медкомісію, в яку включено глибинне психологічне тестування, що складається зі спеціально адаптованих лінгвістичних і культурологічних тестів для кожної категорії населення Ізраїлю. Ці тести діляться на три групи: методики інтелектуальної оцінки, методики оцінки адаптації психологічних якостей і методики пошукових інтелектуальних здібностей (оцінка здібностей до сприйняття мови). В рамках цього тестування визначається ступінь психічного здоров'я і профіль призовника. Кожен призовник в 16 років отримує свій профіль, до 18 років цей профіль може змінитися, після 18 років він змінюється в рідкісних випадках.

Кожен потенційний військовослужбовець отримує медичний профіль, який є сукупною оцінкою його фізичного і психічного здоров'я за 100-бальною шкалою. Абсолютно здорова людина отримує 97 балів. Підлітки, які отримали менше 21 бали, звільняються від військової служби. У 18 років людей з низькими балами на їх прохання можуть обстежити ще раз, щоб змінити цей параметр. Військовозобов'язані з 22-го по 97-ой профіль розподіляються по різним родам військ, у залежності від того, куди людина підходить якнайкраще.

Ця методика дуже ефективна, нею користуються також в збройних силах США, Франції і Великобританії.

Приблизно в 90-і роки був введений другий профіль – профіль соціальної адаптації. Він в основному спирається на історію сім'ї потенційного військовослужбовця і враховує соціальне походження, здатність до навчання, наявність девіантних відхилень, участь у подіях, що призвели до поліцейського переслідування і т. і. Найвищий соціальний профіль – 56, при такому соціальному профілі є можливість претендувати на офіцерську посаду. Якщо профіль нижче 20, то призовник може

звільнитися від військової служби, що трапляється при виявленні ознак стійкої наркоманії або алкоголізації, наявності кримінального минулого або за умови, що він виріс у родині, члени якої ведуть антидержавну діяльність.

Подальше тестування в рамках психодіагностики і профорієнтації проводиться у військовій частині, де призовник проходить навчання тривалістю 4 місяці. На цьому етапі комісія фахівців розглядає можливість зміни профілів, питання спрямування його на інші роботи / службу. Ця ж комісія розбирає випадки, пов'язані зі спробами суїцидів, нестатутними відносинами і неадекватною поведінкою командирів по відношенню до молодших військовослужбовців.

Конфліктні комісії. Одна з них займається виключно психіатричної патологією, яка не була діагностована раніше; інша – розглядає конфлікти між комісією і військовослужбовцями в контексті звільнення від військової служби або кардинальної зміни того чи іншого профілю, отриманого військовослужбовцем. За неналежне виконання своїх функціональних обов'язків фахівці несуть серйозну відповідальність, особливо в разі, якщо стався суїцид. Кожен випадок суїциду піддається розгляду конфліктної комісією, яка визначає винних, які отримують реальні терміни ув'язнення у військовій в'язниці, стягнення, пониження в званні тощо. Навіть спроба суїциду призводить до серйозного розгляду, в якому беруть участь військові прокурори і військові суди.

Посткризове тестування є обов'язковим після проведення будь-якої військової операції або навчань, на яких стався хоча б один травматичний випадок. Тестування проходять всі особи, які контактували з подією. Посткризове тестування включає безпосередній контакт з фахівцем: спочатку з соціальним працівником, а потім, якщо буде потрібно, з психологом. У його ході проводять вербальну співбесіду, тестування за спеціально підготовленими синопсисами, згідно з висновками яких військовослужбовців направляють на подальше обстеження, на реабілітацію або повертають до проходження військової служби. Подібне посткризове тестування проводиться в разі деяких подій у

військових частинах – при порушенні статуту, зміщенні командира, у разі виходу командира у відставку і т. ін. Ще один привід для проведення посткризового тестування – факт двох і більше звернень військових з одного підрозділу до спеціальних психологічних центрів, наприклад, у центр з питань сексуального насильства. У цьому випадку проводиться 100 % тестування всього підрозділу.

Центр підтримки дезадаптантів займається вирішенням проблеми наркотичної та алкогольної залежності і суміжних проблем, включаючи девіації кримінального характеру, тобто крадіжки і спроби використувувати армійське майно в тих чи інших цілях.

Зовсім недавно був створений ще один Центр підтримки мотивації, до якого звертаються військовослужбовці, які пропонують ідеї або рішення щодо вдосконалення армії, які не можуть бути реалізовані в рамках поточної військової служби.

Ізраїльська модель розвитку згуртованості військових колективів

- Розвиток згуртованості маленьких колективів в Ізраїлі починається вже у період навчання в школі: в школах забезпечені спільні приміщення для школярів, з метою якомога більшого проведення часу в одному соціальному колі, встановлення дружніх зв'язків та розвитку відчуття відданості.

- Для вступу в ізраїльські збройні сили застосовується підхід “вертикальної інтеграції”: кожний новобранець залишається у тому самому підрозділі від початку і до кінця служби.

- Резервні війська організовані здебільшого за територіальним принципом та складаються з осіб, які жили поряд. Так, резервні війська ізраїльської армії з часом постають великою родиною.

Окремі резервісти ізраїльської армії залишаються у складі одного підрозділу більше 20 років з тими самими соратниками та командирами (miluimnick). Для ізраїльських військових змінюються лише війни, а не склади їх колективів

Для створення ефективних військових колективів, які будуть готові до виконання відповідальних бойових завдань, потрібно

забезпечити певний час. Налагодження згуртованості підрозділу розвивається протягом регулярної програми навчання, а у надзвичайних випадках потрібно забезпечити принаймні 1,5–3 місяців спільного життя у первинному військовому колективі перед його дислокацією на територію бойових дій. У випадку формування розширених військових колективів, батальйону та бригади, потрібно забезпечити більше часу (щонайменше 3–6 місяців).

Хорватія

Категоризація позаштатних ситуацій та небажаних проявів в армії

1. Насильницька смерть не на полі бою: навмисне вбивство, ненавмисне вбивство, самогубство, смертельний нещасний випадок, непрофесійне поводження зі зброєю, смерть внаслідок ДТП, інші нещасні випадки.

2. Заподіяння шкоди: поранення, самопоранення, спроба вбивства, інші види заподіяння шкоди.

3. Групові бійки: військових між собою, військових і цивільних осіб, військових і цивільної поліції, військових та іноземців (цивільних).

4. Вербальне і фізичне насилля: щодо соратників, підлеглих, членів родини, напад на вищого за посадою чи званням, напад на військовополонених, цивільних полонених.

5. Гвалтування: спроба згвалтування, гвалтування.

6. Групова непокора: групове невиконання команд, групова відмова від виконання бойового завдання тощо.

7. Крадіжки: зброї та боєприпасів, матеріально-технічних військових засобів, приватної власності всередині підрозділу, приватної власності поза підрозділом.

8. ДТП: за участі військового автотранспорту та військового і цивільного автотранспорту.

9. Втеча (дезертирство): втеча та переховування у власній країні, за кордоном.

10. Алкоголізм та інші залежності: надмірне пияцтво у підрозділі/армії, вживання наркотиків, контрабанда і продаж зброї.

Психологічна профілактика позаштатних ситуацій та небажаних проявів в армії не може проводитися без взаємодії військово-психологічної служби з військовою поліцією, службою безпеки, медичною та іншими службами, а особливо залежить від співпраці з командирами та командуванням усіх військових рівнів. Психологічна діяльність у цьому сегменті полягає в якісному та цільовому психологічному відборі військових, психологічному навчанні військових та командира з різних тем та консультування командира та командування щодо дій в конкретних випадках.

Опанування техніки заспокоєння та саморегуляції – техніки дихання, тренування м'язової релаксації та техніки заспокоєння є корисними, оскільки уможливають військовим кращий контроль фізичних та психічних процесів.

В деяких сучасних арміях практичну користь підтвердили такі техніки: вправи дихання, вправи прогресивної м'язової релаксації, техніки креативної візуалізації, автогенний тренінг та різноманітні медитативні техніки, якими через спрямування уваги на певну дію, об'єкт, емоцію чи думку можна досягти відчуття заспокоєння, зокрема, зменшити негативні відчуття тривоги та страху.

Військові на війні постають "господарями життя і смерті", і якщо вони не готові до такої ситуації, інколи доходять до зловживань. Тому, необхідно в рамках підготовки до бойових дій попередити військових щодо так званої "сірої" і "чорної" зон поведінки під час війни та детально ознайомити їх з етичними принципами війни. І, на решті, слід додати, що майже кожний військовий, ще до вступу в армію, вміє відрізнити добро і зло, оскільки це складова частина морального розвитку будь-якої особи. Однак, у незвичайній ситуації на полі бою, під стресом та впливом бурхливих емоцій, під тиском авторитету командира чи під груповим впливом, військові можуть морально впасти та діяти проти своїх особистих моральних правил. Як результат, прийде сильне відчуття провини та каяття, самозвинувачення та безуспішні намагання приховати емоції, які все життя такої особи перетворять на пекло, з якого важко знайти вихід. Психологічна підготовка військових щодо поводження з військовими супротивниками є

своєрідною інвестицією у психічне здоров'я військових ветеранів та їх сімей. Військові можуть мати свої особливі ритуали перед походом у район бойових дій (наприклад, особливе вітання, бойовий виклик, вечірка за день до операції тощо), що не слід забороняти, якщо це не шкодить загальній бойовій готовності (наприклад., за пияцтво перед військовою операцією слід карати).

Крім того, з метою профілактики відхільної поведінки та мінімізування небойових втрат на штатних армійських психологів покладається наступне:

- перегляд попередньо визначеного психічного стану військових підрозділу;

- відбір тих військових, які на фахову думку психолога, не готові до бойових дій,

- обхід усіх частин підрозділу та перевірка актуального стану психічної бойової готовності (ПБГ), пошук можливих причин поганого стану ПБГ в окремих частинах та пропозиції щодо покращення ситуації,

- постійні зустрічі з командирами всіх рівнів і короткий інструктаж щодо поведінки протягом бойових дій (єдність, довіра до командира, дії у разі активного стресу та паніки, поводження з військовополоненими),

- спостереження за станом справ на полі бою, виявлення проблем та пропозиції щодо їх вирішення та безпосередня діяльність у кризових ситуаціях:

- швидке і енергійне реагування на індивідуальні та групові випадки паніки, страху, дезертирства, порушення міжособистісних відносин, порядку, дисципліни;

- допомога у випадках, пов'язаних з психічними проблемами, пораненням, хворобою, смертю;

- кризові інтервенції у випадку великих втрат та загибелі командира чи значного травмування військових:

- рекапітуляція стресових подій з тими бойовими групами, які пережили найбільш травматичні події,

- з'ясування кількості так званих психічних втрат підрозділу, вирішення окремих випадків психічного травмування.

Згуртованість військових колективів

Взаємний (горизонтальний та вертикальний) зв'язок представників підрозділу, або згуртованість, оперативно визначається як досягнутий ступінь взаємної привабливості членів колективу і привабливості колективу для його членів. Згуртованість зміцнює: схожий соціальний рівень військових, успішне спільне виконання завдань та цілей, зовнішня небезпека (ворог) і небезпека неуспіху.

Дослідження американських та ізраїльських військових психологів підтвердили, що підрозділи з високим рівнем згуртованості були більш ефективними у військовій сфері; що кращий рівень співіснування та вмотивованості призводять до менших втрат у боротьбі та поза нею; а також, що такий рівень згуртованості є превентивним фактором від бойового стресу. Поважаючи результати цих досліджень, окремі країни прилагодили систему мобілізації резервних сил для якомога легшого та швидкого розвитку згуртованості військового колективу.

Так, у Хорватії поповнення резервних, а частково і професійних підрозділів проводиться відповідно до територіального принципу, за яким більшість військових приходить з одного середовища, мають однакові традиції та мовний діалект, а інколи навіть знайомі один з одним.

Військові психологи проводять індивідуальні бесіди з військовими, які демонструють різні ознаки непристосованої поведінки (порушення дисципліни, ухилення від виконання завдань, сварки та конфлікти з іншими, алкоголізм, симуляція тощо), в ході яких з'ясовують причини такої поведінки і, у взаємодії з командиром, надають допомогу такій особі – частіше порадою, але також й направленням на психологічну допомогу. Якщо подібна поведінка притаманна більшій кількості новобранців, то необхідно переглянути функціонування військової системи, частіше її командної структури.

Алкоголізм та інші види залежності в армії

Надмірне вживання алкоголю та наркотиків входять до категорії небажаних проявів в армії, що зрозуміло з низки причин.

Відомо, що алкоголь має анксиолітичні властивості: зменшує відчуття тривоги, напруги і страху, а також примножує відчуття розслаблення та сприяє хорошему настрою. На перший погляд, алкоголь здається ідеальним засобом для боротьби зі страхом та стресом на полі бою та покращення ПБГ військових, що було причиною заохочення його вживання в окремих арміях чи в певних ситуаціях (наприклад, безпосередньо перед бойовими діями) протягом історії війн. Проте від такої практики вже давно відмовилися через низку причин та фатальних наслідків, до яких призводить вживання алкоголю, його вплив на здоров'я військових та їх ефективність на полі бою.

Спостереження за позаштатними ситуаціями в хорватських збройних силах показали, що більше третини зареєстрованих позаштатних ситуацій були скоєні солдатами у стані алкогольного сп'яніння. Хоча поширена загальна думка, що найбільшу кількість проблем в армії (в армії та суспільстві) створюють алкоголіки (особи, яких алкоголь поглинув, і котрі без нього зовсім не функціонують), це не зовсім так. Алкоголіки інколи усвідомлюють свою обмеженість, намагаються її приховати та самі уникають діяльності, яку не здатні виконати. Окрім того, хронічних алкоголіків загалом легко впізнати, і військова система їх може відправити на лікування чи принаймні обмежити їх участь до найменш важливої та ризикованої діяльності. Значно більшу проблему становлять так звані “problemdrinkers”, котрі схильні до запоїв та можуть спричинити великі проблеми для себе й інших. Оскільки їх не визнають залежними, їх не посилають на лікування. До того ж, ця група набагато чисельніша в армії, ніж звичайні алкоголіки.

Так, на основі проведеного дослідження зроблено оцінку, що під час війни в збройних силах Хорватії нараховувалося 7 % алкоголіків та десь 15 % запійних “problemdrinkers”.

Зрозуміло, що з огляду на особливо шкідливі та нерідко небезпечні наслідки, алкоголізм вартий найсерйознішої уваги не лише військових психологів, але й усієї військової системи. При цьому, шкідливість вживання алкоголю особливо велика, якщо до

цього лиха схильний командир, як особа, котра приймає найважливіші рішення і одночасно є взірцем для своїх солдатів.

Схожим чином діють інші наркотичні засоби: легкі (марихуана, гашиш) і важкі (героїн, кокаїн, опіум тощо). Незважаючи на сувору заборону наркотичні засоби знаходять свій шлях до казарм та місць бойових дій. Не треба забувати, що під час військових конфліктів окремі сторони намагаються відкрити канали перевезення наркотиків (вид спеціальної (психологічної) війни) та таким чином порушити бойову готовність супротивника.

Про поширеність вживання наркотиків у сучасних арміях існує доволі мало даних. В одному з досліджень, проведених серед залежних від героїну, котрі під час чи після війни звернулися як солдати армії Хорватії по допомогу в Центр з проблем наркоманії, з'ясовано, що з них 83 % записалися в армію добровільно, з них 80 % – з патріотичних міркувань. При зарахуванні до збройних сил вони або не були оглянуті, або на цю проблему не звертали увагу, а на питання про можливу залежність вони відповіли заперечно. З них 70 % взяли із собою певну кількість наркотиків. На питання, скільки в їхніх підрозділах було тих, хто вживав легкі наркотики, в середньому відповідь становила 23 %, тоді як тих, хто вживав важкі наркотичні засоби, було 55 %.

Цікавим у цьому дослідженні є факт, що 50 % опитуваних вживали наркотики після повернення з бойового завдання, а не тоді, коли перебували на полі бою. Проблема залежності стає ще гострішою, коли йдеться про військових ветеранів. Між чинниками, які полегшують чи сприяють зловживанню алкоголю чи наркотиків в армії, переважають:

- позитивне ставлення військових до алкоголю (яке походить із загальносуспільної культури збільшеної толерантності до вживання алкоголю) і наркотиків;
- непоінформованість про їх шкідливість;
- легкодоступність;
- слабка військова дисципліна;
- погана організація вільного часу та відпочинку військових;
- схильність командира до вживання алкоголю чи наркотиків.

Вже на підставі цього переліку можуть бути вироблені конкретні заходи з профілактики зловживання. З огляду на очікуваний ступінь залучення військових психологів, тут будуть зазначені окремі загальні превентивні дії боротьби з алкоголізмом та іншими видами залежності у війську:

1. Для зміни ставлення військових та населення необхідно проводити широку пропагандистську кампанію щодо шкідливості алкоголю та наркотиків як в армії, так і в суспільстві в цілому. При цьому рекомендовано конкретизувати таку кампанію, зокрема зробити фокус на окремому питанні, наприклад, виключно на алкоголі чи на легких або на важких наркотиках;

2. Безпекова система (безпеково-розвідувальна військова служба, військова та цивільна поліція) має діяти превентивно з метою перекриття нелегальних каналів перевезення наркотичних засобів, викривання виконавців та запобігання розповсюдженню;

3. Починаючи із середньої школи, треба проводити навчальні заходи з інформування дітей, учнів та дорослих щодо шкідливих наслідків вживання наркотиків;

4. В армії навчальні заходи мають бути доповнені знаннями про шкідливу дію наркотиків на здоров'я, психологічну бойову готовність та поведінку військових на війні;

5. При зарахуванні до лав збройних сил слід проводити медичне та психологічне тестування, які допоможуть виявити алкоголіків та наркоманів та не допустити їх до служби в армії;

6. При спільній взаємодії різних військових служб (безпекової, поліцейської, медичної, психологічної та інших) має бути забезпечена система постійного спостереження та профілактики щодо військових, схильних до надмірного вживання алкоголю та наркотиків, за умов обов'язкового лікування та виведення з лав збройних сил;

7. Не слід недооцінювати організацію вільного часу та відпочинку військових; така діяльність має бути заздалегідь запланована та продумана; військові у вільний час не мають бути залишені напризволяще, не мають нудьгувати та шукати розваг в алкоголі чи наркотиках;

8. Командири всіх ланок мають особистим прикладом демонструвати неприпустимість вживання алкоголю та наркотиків на полі бою та поза ним.

Безпосередні командири мають суворо дотримуватися визначених правил ставлення до військових, схильних до залежностей, кожного дня спостерігати за своїми підлеглими та застосовувати до них певні заходи впливу. Командири вищих ланок мають особливо слідкувати за можливими відхиленнями у поведінці підлеглих командирів та вчасно реагувати.

В профілактиці зловживання алкоголем та наркотиками в армії від військових психологів очікується участь у психологічно-пропагандистській кампанії, психологічному відборі кандидатів до лав армії, навчанні військових та командного складу, постійному спостереженні за окремими військовими з виявленою схильністю до вживання алкоголю та наркотиків та консультуванні командирів.

Профілактика наркоманії в Збройних силах РФ

Для ЗС РФ структура споживання наркотичних засобів і психоактивних речовин (НЗПР) в цілому відображає наркоситуацію в країні, за винятком опійної групи. Так, за результатами спонтанних обстежень військовослужбовців ЗВО (за даними регіонального управління військової поліції за 2014 г.) канабіноїди виявлені майже в 90% випадків, психостимулятори та “спайс” склали 6% і 3% відповідно, тоді як група опію виявлена лише у 2% військовослужбовців.

Проблема профілактики адиктивних розладів набула в даний час глобального характеру, як і в більшості армій світу. Армія, будучи “зліпком” суспільства, має ті ж негативні тенденції наркоситуації в країні. Не випадково, що динаміка поширеності наркоманії серед військовослужбовців, хоча і істотно менше в чисельному відношенні, повторює аналогічну тенденцію для населення Росії (рис.4.1).

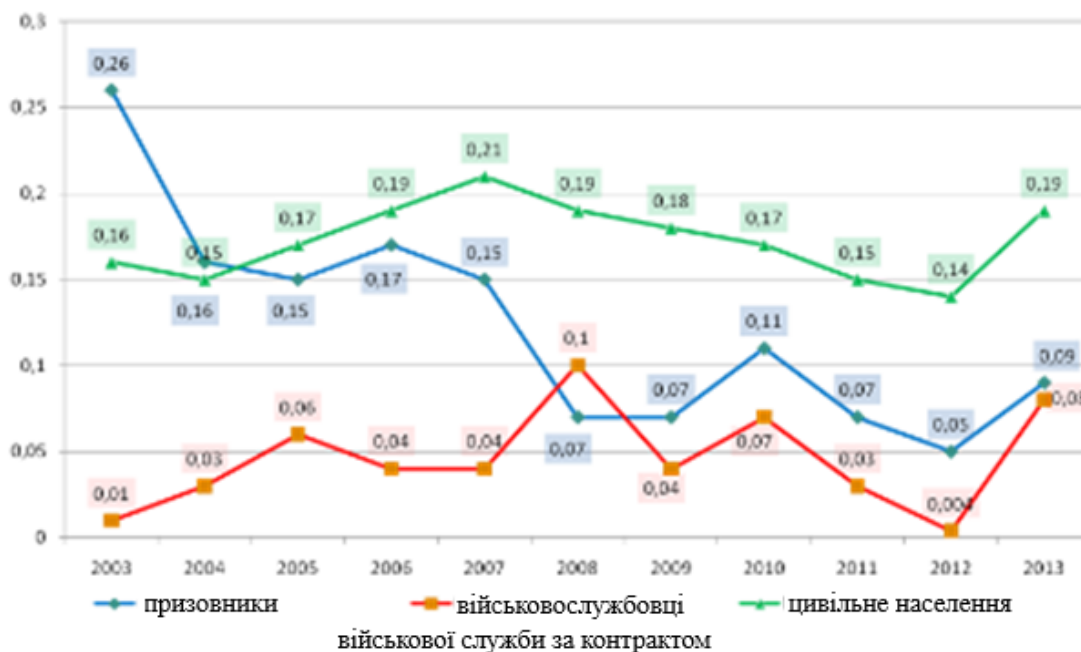


Рис. 4.1 Порівняльна динаміка захворюваності на наркоманію населення Росії і військовослужбовців (%).

Реальна поширеність наркозалежності в 3-5 разів перевищує враховані випадки. Більш значне число становлять особи, які епізодично вживають наркотичні речовини. Саме вони є основною “цільовою групою”, на яку повинні бути максимально орієнтовані профілактичні заходи як в цілому по країні, так і в армії. При цьому, вкрай важливо розділяти поняття “наркозалежність” (тобто захворювання) і “адиктивна поведінка” (не хвороба), яке включає і епізодичне вживання НЗПР.

Діагноз наркоманія (психічні розлади і розлади поведінки, пов’язані зі вживанням психоактивних речовин) виставляється на підставі діагностичних критеріїв МКХ-10. Адиктивна поведінка є формою відхильної (девіантної) поведінки, хоча і може, за певних умов, привести до формування наркоманії.

Слід підкреслити, що профілактика наркоманії у військах може бути ефективною лише в системі загальних профілактичних заходів у країні, що проводяться в рамках “Стратегії державної антинаркотичної політики РФ”.

В цілому, система профілактики алкоголізму і наркоманії в армії РФ орієнтована на якісний відбір осіб, призваних на військову службу, моніторинг психічного здоров’я військовослужбовців на всіх етапах проходження ними військової служби і раннє виявлення осіб з початковими формами адиктивної патології (схильних до зловживання алкоголем і вживання НЗПР).

Комплексний характер даної проблеми вимагає реалізації невідкладних заходів на різних рівнях, із залученням посадових осіб та урахуванням специфіки військової служби та військово-професійної діяльності військовослужбовців.

Виходячи з вищевикладеного, були сформульовані наступні профілактичні напрямки:

1. Якісне комплектування військових частин і установ (підрозділів) військової освіти.

2. Створення умов для культивування у військових колективах пріоритету здорового способу життя та принципу несумісності вживання психоактивних речовин з цінностями військової служби (принцип “нульової терпимості”).

3. Недопущення проникнення у військове середовище наркотичних засобів і психотропних речовин (НЗПР).

4. Раннє виявлення військовослужбовців, схильних до вживання НЗПР (“група ризику”).

На рисунку 4.2 представлено існуючий порядок проведення скринінгових обстежень на предмет виявлення факту вживання НЗПР у військовослужбовців.



Рис. 4.2 Алгоритм скринінгу для визначення факту вживання наркотичних засобів і психотропних речовин (НЗПР) у військовослужбовців.

Для виявлення осіб, що зловживають НЗПР (наркозалежних осіб) – перспективним є твердофазний імунохроматографічний аналіз, що дозволяє виявляти антитіла до широкого спектру НЗПР до 5 місяців після припинення зловживання. Однак, наявні російські технології, поряд з обмеженнями (рис. 4.3), відрізняються невисокою пропускнуою здатністю і чутливістю.

Завдання обстеження	Методи обстеження	Особливості методу
Виявлення факту вживання НЗПР	Імунохроматографічний аналіз, в т.ч. прилади з фотометричною детекцією	Виявляє факт вживання НЗПР (до 48-72 годин після прийому). <i>Можливість фальсифікації результатів</i>
Виявлення осіб, які зловживають НЗПР	Психофізіологічний аналіз (поліграф)	Виявляє опосередковані ознаки вживання НЗПР, в т.ч. - в анамнезі. <i>Вимагає спеціального обладнання і компетентного персоналу</i>
	Твердофазний імунохроматографічний аналіз	Виявляє ознаки зловживання НЗПР - от 0,5 до 5 міс. після останнього вживання. <i>Вимагає додаткового лабораторного обладнання і компетентного персоналу</i>

Рис. 4.3 Особливості різних методів виявлення осіб, які вживають НЗПР.

Республіка Білорусь

Приклад Збройних Сил Республіки Білорусь спростував по суті спекулятивну думку, яка була характерна для частини посадових осіб на початку 1990-х років, про те, що наведення порядку в армії перебуває поза межами компетенції органів військового управління і залежить однозначно від соціальних процесів у суспільстві.

Достатньо сказати, що коефіцієнт злочинності в білоруській армії знизився за 10 років з 10,9 у 1994 р. до 6,1 у 2004 р.

Таблиця 4.6

Коефіцієнт злочинності у збройних силах (кількість злочинів у перерахунку на 1000 військовослужбовців)										
1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001	2003	2004
10,9	10,1	7,4	8,4	8,0	8,2	7,4	6,7	6,4	6,4	6,1

Разом з тим, проблеми підтримання військової дисципліни залишаються. Практично всі злочини і події в армії можна було б попередити або, в крайньому випадку, не допустити їх тяжких наслідків.

І хоча жодній армії в світі поки не вдавалося повне викорінення злочинності, білоруський досвід свідчить, що можливості профілактики правопорушень в армійському середовищі унікальні і використані далеко не в повній мірі.

Причому, в основі відповідної тези лежать висновки з проведених за останні десять років досліджень проблем девіантної (відхильної) поведінки в армійському середовищі. Саме ці дослідження лягли в основу створення нової нормативно-правової бази підтримки і зміцнення дисципліни в армії і створили умови для подальшого наукового забезпечення дисциплінарної системи збройних сил.

Армія була і залишається тією інституцією держави, де завдяки специфічному укладу військової діяльності, організації ефективної ідеологічної роботи цілком реально можна сприяти превентивній практиці – успішній педагогічній корекції поведінки. Вміла організація вільного часу військовослужбовців, використання потенціалу армійських соціокультурних установ, всебічне підвищення психолого-педагогічної культури офіцерів і вдосконалення духовно-морального виховання в сукупності зі специфічним укладом військової життя – все це може стати найважливішими інструментами профілактики девіантної поведінки.

Найважливішим напрямом зміцнення і підтримання військової дисципліни є підвищення правової, психологічної та педагогічної компетенції посадових осіб. Цій меті служить розроблений спеціальний курс військової девіантології, призначений для

слухачів і курсантів військових навчальних закладів, а також для офіцерського складу військ.

Особливої актуальності в сучасних умовах набувають соціокультурні аспекти профілактики девіантної поведінки. Багато в чому це пов'язано з тим, що для життя людини не менше, ніж середовище проживання, важливим є середовище, створене культурою його предків і їм самим, бо вбити людину біологічно може недотримання законів біологічної екології, убити морально може недотримання законів і “екології культурної”.

Поняття “екології культурної”, або “духовної”, висувається в зв'язку з поняттям духовного нездоров'я. Зазвичай духовне нездоров'я розглядається як внутрішня дисгармонія, що виникає в результаті неузгодженості між внутрішнім світом особистості, її культурними уявленнями, ціннісними орієнтаціями і обставинами сфери життя суспільства, що змінюються.

Досвід роботи у збройних силах Німеччини щодо недопущення небойових втрат особового складу

На думку фахівців бундесверу, рівень психічних навантажень, що зазнають військовослужбовці німецького контингенту у Північному Афганістані, є нижчим від навантажень, яких зазнали американські військовики у Іраці.

Психологічними факторами стресу, німецькі фахівці визнають довготривале перебування у таборі миротворців, ненормований робочий день, неможливість усамітнення. Велику роль відіграє віддаленість від сім'ї та друзів.

В межах загальної концепції підтримки німецьких військовослужбовців, що зазнали впливу психічних навантажень, розгорнуто “психосоціальну мережу” (в склад якої залучені медична служба, психологічна служба, соціальна служба та військові капелани). Це дозволяє таким військовослужбовцям отримувати компетентну психологічну підтримку. Тих військовиків, яким ця підтримка не допомагає, для подолання наслідків навантажень повертають на батьківщину (щорічно їх чисельність сягає близько 200 осіб).

У Афганістані, поруч з лікарями та психологами працюють спеціально навчені військовослужбовці (так звані “Peers”), призначенням яких є, разом з психологами, здійснення первинної психологічної допомоги. Крім цього те, що “Peers” несуть службу поруч з іншими військовиками, сприяє знаходженню взаємопорозуміння з особами, які мають проблеми психологічного характеру. Також, важливого значення набуває те, що своєчасно надана первинна психологічна підтримка (наприклад, під час патрулювання) дозволяє мінімізувати вплив несприятливих факторів на психіку. Але, звичайно робота однієї тисячі підготовлених “Peers” не може повноцінно замінити діяльності військових психологів.

Випадки самогубств у німецькому контингенті в Афганістані заперечуються. У лікарнях бундесверу (Берлін, Гамбург, Кобленц, Ульм, Вестерстедде) питаннями психологічної допомоги та реабілітації займаються клінічні психологи, що здійснюють амбулаторне (стаціонарне) діагностування і лікування військовослужбовців з психічними і психосоматичними проблемами.

Клінічні психологи та психологи, що займаються психологією катастроф здійснюють також психологічні кризові інтервенції. Ці психологи, як правило, є кваліфікованими психотерапевтами. В окремих випадках, підготовка в якості психотерапевтів здійснюється за фінансової підтримки міністерства оборони ФРН.

На рівні підрозділу (військової частини) психологічна допомога та реабілітація здійснюється за допомогою заходів стрес-менеджменту критичних інцидентів (Critical Incident Stress Management). Розглянемо більш детально практичні аспекти його здійснення.

Під Critical Incident Stress Management (CISM) розуміється низка заходів можливої підтримки після особливо напружуваних випадків (подій). Ці заходи можуть здійснюватися як у колективній, так і у індивідуальній формі.

Метою стрес-менеджменту критичних інцидентів є попередження, за допомогою цілеспрямованих дій, тривалих

наслідків психічних навантажень. Керівники повинні кваліфіковано розбиратися в навантаженнях, що перенесли їх підлеглі і, при цьому, залучати до цього фахівців (психологів або медиків).

За ступенем складності рівні CISM (від найбільш простого до найбільш складного) наведені і пояснені далі:

Загальна допомога по подоланню стресу під час бою – проводиться завжди і повсюди.

Психологічну самодопомогу і допомогу з боку товаришів по службі – здійснює кожний, хто може допомогти, прямо на місці.

Дефузінг (негайна бесіда) – в той же день, за допомогою найбільш підготовлених військовослужбовців.

Обговорення після бою – після виконання завдання з групою постраждалих військовослужбовців, у безпечному місці.

Дебрифінг стресу критичних інцидентів (Critical Incident Stress Debriefing) – у перебігу 24–72 годин після бою, військові психологи або інші кваліфіковані спеціалісти.

До розладів внаслідок перебування в районах бойових дій також належать проблеми з алкоголем.

У перші 12 місяців після місії 3,6 % військовослужбовців мають проблеми з алкоголем. Вирішення проблем, які пов'язані з алкоголем, що виявляються після закордонних відряджень (у райони виконання завдань) є щоденним завданням членів психосоціальної мережі (PSN).

Враховуючи, що алкоголізація є відчутною стигмою у суспільстві ФРН, постраждалі знаходять допомогу рідко або запізно. Тому головним завданням лікаря військової частини через аналізи крові визначити проблеми з алкоголем та разом з військовослужбовцем визначитися, куди це може його привести. У разі посилення розладів, що асоційовані з алкоголем, за згодою пацієнтів пропонується сеанс у спеціалізованого психіатричного лікаря. Як альтернатива – прийом у госпіталі бундесверу, де з пацієнтами проводиться інтенсивна тритижнева групова терапія (“Кваліфікований вихід”), під час якої разом з пацієнтом визначаються подальші кроки одужання. Обов'язково військовослужбовець повинен відвідати групу самодопомоги у

своєму регіоні, адреси яких є на сайті психосоціальної мережі (PSN). Важливо донести військовослужбовцю, що сам діагноз захворювання на алкогольну залежність не означає закінчення військової служби, а за умов лікування після успішного завершення стійкої абстиненції можливе нормальне продовження життєвого шляху.

За підозрою у наявності синдрому залежності та / або заявлених симптомах, що проявлялися у минулому військовослужбовець терміново направляється на стаціонарну детоксикацію, оскільки 10–15 % випадків виходу призводять до алкогольних деліріїв, а у подальшому до 25 % випадків можуть закінчитися смертю військовослужбовця.

Фахівці бундесверу наполягають на продовженні спостереження та проведення профілактичної роботи, оскільки у військовослужбовців, які пройшли лікування, є великий ризик (більше 50 %) повернення хвороби. Підозра наявності невилікуваного розладу, що асоціюється з алкоголем, є протипоказанням для водіїв транспортних засобів, роботи у небезпечних галузях та неконтрольованого застосування стрілецької зброї, що може призвести до подій та загибелі військовослужбовців.

Безпосередня психологічна підготовка військових керівників до окремих завдань бойового застосування також здійснюється у військово-медичній академії бундесверу (м. Мюнхен) та Центрі внутрішнього керівництва (м. Кобленц), де проводять навчання за тематикою: “Управлінська діяльність в умовах психічних навантажень, поводження з пораненими та загиблими, перебування в заручниках та в полоні”.

Психологічна та військово-медична служби бундесверу готують психологів та лікарів до діяльності в бойових умовах (стосовно аспектів психологічного забезпечення) у містах Мюнхен, Бад Емс, Кронсхаген, Хаммельбург, Альтенштадт. Основними напрямками психологічної підготовки до бойового застосування визначаються:

– відбір персоналу;

- зменшення впливу негативних чинників бою, підвищення комунікативної компетентності;
- інформування про ризики, що загрожують життю під час бойових дій та перебіг відносин між військовослужбовцями;
- цільова підготовка до критичних інцидентів (за допомогою рольових ігор);
- ознайомлення з симптомами стресу;
- вивчення стратегій подолання стресу;
- підготовка військових керівників (за напрямками: керівник під впливом психічних навантажень, управління спілкуванням, подолання стресу).

Фахівцями психологічної служби збройних сил (бундесверу) Федеративної Республіки Німеччини (A.F. Sanders, P.H. Roelofsma, M. Donk) розроблена комп'ютеризована ділова гра, що отримала аббревіатуру NADIROS і яка рекомендована до застосування при доборі кандидатів в офіцери. Вона спрямована на виявлення та формування необхідних для керівника професійних вмінь, здібностей до планування, аргументації та соціальної компетентності.

За своїм змістом гра складається з різних взаємозалежних змінних величин. Зміна стану однієї з величин, прямо або побічно впливає на стан інших.

Метою NADIROS є оцінка досягнень і показників у таких сферах:

- компетентність і вміння приймати рішення;
- здібність до планування та організації;
- соціальна компетентність і здібність до кооперування;
- здібність до аргументування та вміння впливати словом.

РОЗДІЛ 5

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Науковим установам, науковим підрозділам ВЗВО Збройних Сил України

1. Вивчити і узагальнити досвід наукових досліджень проблеми відхильної поведінки, його сутнісні характеристики, обґрунтувати теоретико-методологічні передумови формування соціально-психологічної концепції відхильної поведінки військовослужбовців.

2. Розробити і обґрунтувати соціально-психологічну концепцію відхильної поведінки військовослужбовців, що має містити систематизовані теоретичні положення щодо її сутності, соціально-психологічного змісту, структури і принципів мінімізації. Розробити структурно-функціональну модель детермінації відхильної поведінки військовослужбовців.

3. Виявити соціально-психологічні види, особистісні та організаційно-групові детермінанти, механізм і закономірності прояву відхильної поведінки військовослужбовців.

4. Обґрунтувати та експериментально апробувати принцип і соціально-психологічні технології мінімізації відхилень у поведінці військовослужбовців.

5. Визначити методи психологічної діагностики психічних відхилень у військовослужбовців, а також способи виявлення військовослужбовців, які симулюють різні психічні захворювання.

6. Вивчити особливості прояву відхилень військовослужбовців у бойовій обстановці.

7. Виявити механізми і фактори відхилень військовослужбовців і розробити на основі практичних психологічних досліджень основи мінімізації відхилень в *бойовій обстановці*.

8. З метою профілактичної роботи з військовослужбовцями, схильними до відхильної поведінки, розробити та апробувати технології профілактики, спрямовані на мінімізацію відхилень у поведінці

9. Розробити, науково обґрунтувати та адаптувати індекс дисфункціональності (дисфункціонального надлому) військовослужбовця та індекс дисфункціональності умов військового середовища.

10. Розробити науково-практичні схеми аналізу різних видів відхилень у військовослужбовців, які отримали бойову психічну травму, вивчити чинники, що впливають на скоєння суїцидів в бойовій обстановці.

11. Розробити критерії та показники особистісних і організаційно-групових процесів для виявлення військовослужбовців, схильних до відхилень, і умов військово-соціального середовища, що детермінують девіації.

12. Розробити кризовий інструментарій, в рамках системи раннього попередження, проаналізувати рівень підготовленості фахівців залучених структур.

13. Ґрунтуючись на матеріалах наукових досліджень, доцільно підготувати для командирів військових частин і підрозділів методичні посібники: “Основи соціально-психологічної профілактики відхильної поведінки військовослужбовців”, “Методика діагностики військовослужбовців, схильних до відхилень у поведінці”, “Методика діагностики умов військово-соціального середовища, що детермінують відхилення в поведінці”, “Посібник з профілактики самогубств і деструктивної поведінки”.

14. Підготувати навчальні і методичні посібники для капеланів, які б передбачали ознайомлення з тривожними ознаками суїцидальних думок та поведінки, з навичками втручання.

15. Розробити методичні рекомендації щодо створення соціально-психологічних умов мінімізації відхилень у поведінці військовослужбовців.

2. Головному військово-медичному управлінню

1. Розглянути питання щодо створення Управління (відділу, Оперативної групи) спостереження та запобігання ризику суїцидів для надання обґрунтованих висновків і рекомендацій.

2. Розробити “Програму амністії” (Програму наркореабілітації / амністії). Цей документ має визначити процедури й умови одноразової “амністії”, а також окреслити складові реабілітаційної програми “для споживачів наркотиків”, яких можливо повернути у стрій, якщо це потрібно.

3. Під час медичних обстежень військовослужбовців здійснювати психіатричні обстеження:

- для оцінки ступеня ризику виникнення психічних і поведінкових розладів;

- на предмет зловживання канабіоїдами у зв’язку з тим, що інтоксикація супроводжується різким загостренням тривожних симптомів, аж до появи панічних атак, що можуть призвести до небойових втрат.

4. Посилити контроль за військовослужбовцями, особливо в перші місяці перебування їх у бойовій обстановці, із запровадженням ефективного скринінгу наркотиків у сечі.

5. Для своєчасного надання повноцінної допомоги особам з підозрою на граничні психічні розлади та передсуїцидальний стан посадовим особам медичної служби необхідно:

- провести медичний огляд осіб з підозрою на психічний розлад та наявність суїцидальних тенденцій і до моменту відправлення до психіатра утримувати їх тільки в медичних пунктах частини під особливим наглядом, організувати усі заходи для якомога швидкої евакуації у медичний заклад із забезпеченням засобів безпеки і нагляду на шляху слідування;

- на огляд до психіатра шпиталю таких осіб представляє лікар частини, а не випадковий медичний працівник, із обов’язковим поданням службової та медичної характеристик з висновками командування про можливість виконання обов’язків військової служби. Додаються довідки про травми, матеріали розслідування

суїцидальних спроб, письмові свідчення свідків про випадки відхилень у поведінці, або неадекватні дії;

– вести облік усіх випадків суїцидальних проявів у частині, узагальнювати, аналізувати і доповідати командуванню з наданням конкретних рекомендацій.

3. Головному управлінню морально-психологічного забезпечення

1. Порушити питання перед Міністерством оборони України щодо створення міжвідомчої спеціальної робочої групи для розроблення основоположного документа з попередження випадків суїцидів –“Національної стратегії діяльності міністерств та відомств із запобігання самогубств”, відповідно до якої покласти координацію цієї діяльності на створене міжвидове управління із запобігання суїцидів та зниження їх ризиків.

2. Розглянути питання щодо створення Центру (агенції) раннього попередження відхильної поведінки (оскільки заходи протидії, які проводяться у період безпосередньої загрози, в районі проведення АТО (ООС), є недостатніми і запізнілими).

Довідково: Першочерговим завданням повинна стати організаційно-практична діяльність щодо комплексного виявлення, оцінки, моніторингу, аналізу основоположних факторів ризику, а також очікуваних наслідків.

Необхідно не лише організувати процес збору, аналізу та розповсюдження інформації, але й здійснити процес отримання зворотного зв'язку із визначенням ступеня відповідальності.

Особливу увагу приділяти прогнозуванню.

3. Спланувати створення спеціальних Центрів підтримки сімей військовослужбовців, оскільки до самогубства військових підштовхує не лише депресія, постійний стрес, але і складності у сімейних стосунках, переживання про сім'ю. Розробити та впровадити сімейні програми профілактики суїцидів.

4. У процесі психологічного супроводу забезпечити узгоджену взаємодію спеціалістів різних управлінь та служб щодо комплексного рішення проблемних питань профілактики, лікування

та реабілітації, здійснення психодіагностичних обстежень, аналізу отриманих результатів та надання пропозицій для прийняття відповідних управлінських рішень.

5. Організувати взаємодію з соціальними службами у місцях дислокації військових частин з метою створення спеціалізованих програм для сімей поранених військовослужбовців, які б готували дітей до адекватного сприйняття спотворених від поранень батьків або батьків без кінцівок.

6. Вивчити ефективність і результативність всього наявного комплексу вжитих заходів з попередження “ризиків”. Створити ефективну систему управління (нагляд, контроль, відповідальність).

7. На основі соціально-психологічної моделі девіацій військовослужбовців впровадити у практичну діяльність командирів усіх рівнів розроблену систему соціально-психологічних впливів на військовослужбовців, схильних до відхилень у поведінці, спрямовану на формування у них соціально-психологічних якостей, які забезпечують нормативне поведінку.

8. Розробити “Програму з формування психологічної стійкості особового складу” (із використанням положень навчально-освітньої програми “Battlemind” (психологічна підготовка військовослужбовців – програма формування бойової свідомості) та програми “Заходи із посилення психологічної стійкості в бойових умовах”), яка б включала:

1) отримання інформації про чинники, які є предикатами психічних розладів, недоліків у наданні психологічних послуг, стигми і перешкод у допомозі, а також проблем, пов’язаних із психічним здоров’ям під час виконання службово-бойових завдань;

2) розроблення оцінювальних інструментів для ефективних методів скринінгу психологічного здоров’я військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях;

3) розроблення профілактичних заходів і ранніх втручань, спрямованих на підтримку психологічного пристосування до бойових умов, профілактичних заходів зі зниження впливу стресу, поліпшення психічної стійкості та здоров’я.

9. Розробити “Програму всебічної оцінки готовності військовослужбовців”, що дозволить спрогнозувати і спланувати подальший розвиток військовослужбовця.

10. Розробити “Програму тимчасової підтримки” (аналог американської TRICARETAMP (Transitional Assistance Management Program)).

Довідково: Відповідно до цієї програми, з військовослужбовцями, які повернулися з району ведення бойових дій, протягом 6 місяців повинні проводитися мінімум шість індивідуальних бесід за окремо визначеною індивідуальною тематикою.

11. Розробити “Програму системи спостереження за військовослужбовцями”.

Довідково: Ця програма має низку переваг, а саме:

по-перше, дасть змогу спостерігати за тенденціями під час ротації військовослужбовців;

по-друге, дозволить враховувати чинники ризику в період передислокації (військової частини (підрозділу)), а також переведення військовослужбовця до іншого місця служби, впливу бойового оточення, бойових завдань тощо;

по-третє, дасть змогу отримати рекомендації з доопрацювання методів профілактики самогубств, оцінити правильність вибраних напрямів роботи та ефективність програми з попередження суїцидів.

12. Розробити та впровадити “Циклічну програму підтримки тих, кого відправляють в район ведення бойових дій, та членів їх сімей”. Вона повинна бути всеосяжною та охоплювати весь цикл від відправки в район бойових дій до повернення.

13. Розробити “Програму управління ризиком суїциду і гоміциду”.

Довідково: гоміцид – від лат. *homo* – людина, та *caedo* – вбивство; це термін, що використовується в окремих джерелах у якості синонімічного до терміну “Вбивство”.

14. Розробити “Програму групового нагляду” як інструмент організації безпеки військовослужбовців, якщо серед них є особа із

думками про суїцид чи вбивство, яка викликає занепокоєння та не обов'язково потребує госпіталізації, у випадках, що містили певний рівень ризику.

15. Організувати систему підготовки та тренування “наглядачів” (командирів, священиків, сержантів тощо) з набуття навичок виявлення ризиків самогубств, їх запобігання та своєчасного втручання за програмою “Практичне тренування із запобігання суїцидам”. Створити реєстр військових, які пройшли підготовку і мають наглядово-контрольні функції.

Довідково: Груповий нагляд (також відомий як “загальнокомандна зацікавленість”) використовується як в районах ведення бойових дій, так і в пунктах постійної дислокації. Груповий нагляд більш ефективний у бойовій обстановці.

Існують два типи групового нагляду. Перший називається “нагляд товариша”. Він рекомендує тримати солдата у полі зору тільки з підйому до відбою (а не 24 години на добу), до 5 днів із моменту початку нагляду до моменту повторного оцінювання. Цей нагляд призначений для осіб із низьким рівнем ризику.

Другий тип групового нагляду називається “цілодобове спостереження”. Основною характеристикою цілодобового нагляду є те, що солдат перебуває під наглядом 24 години на добу, після чого має пройти оцінювання стану свого психічного здоров'я у лікаря.

16. Розробити і розповсюдити інформаційні карти, спрямовані на піклування співслужбовців про товаришів, попереджувальні знаки/чинники ризику і ресурси тощо.

17. До навчальних планів підготовки у ВВНЗ та планів підготовки (перепідготовки) на курсах підвищення кваліфікації ввести лекційний курс “Психологія відхильної поведінки військовослужбовців”, передбачивши теми: “Соціально-психологічні основи відхильної поведінки військовослужбовців”, “Соціально-психологічна діагностика військовослужбовців, схильних до відхилень у поведінці”, “Умови мінімізації та профілактики відхильної поведінки військовослужбовців” тощо.

18. Підготувати курс лекцій для командирів і психологів “Відхильна поведінка у військовослужбовців в умовах війни, детермінуючі небойові втрати.

19. Забезпечити проведення тренінгів із профілактики самогубств для військовослужбовців протягом усього процесу службової діяльності.

20. Організувати проведення спільних тренінгів військовослужбовців та медичних працівників, які дозволять їм набути більшу впевненість у своїх діях, відпрацювати найбільш ефективні заходи психопрофілактики.

21. Розробити єдиний алгоритм аналізу ситуації (локалізація, реагування, врегулювання).

22. Розробити та впровадити в практику діяльності військ (сил) “Психологічну карту незавершеного суїциду”.

23. Систему профілактики алкоголізму і наркоманії орієнтувати на якісний відбір осіб, які призиваються на військову службу, моніторинг психічного здоров’я військовослужбовців на всіх етапах проходження ними військової служби і раннє виявлення осіб з початковими формами адиктивної патології (схильних до зловживання алкоголем і вживання НСПР).

24. З метою профілактики зловживання алкоголем та наркотиками розробити та впровадити у війська (сили) систему психологічно-пропагандистської роботи.

25. З метою ефективної мінімізації відхилень доцільно впровадити:

а) розроблений комплекс методик діагностики військовослужбовців, схильних до девіацій;

б) соціально-психологічний опитувальник оцінки умов військово-соціального середовища, що детермінують відхилення;

в) у системі командирської підготовки щомісяця проводити інструкторсько-методичні заняття з методики застосування дисциплінарної практики.

26. Організувати роботу “телефону довіри” з попередження суїцидів та забезпечити можливість отримувати психологічну

допомогу за допомогою “гарячої лінії” для військовослужбовців, які переживають психологічну кризу.

Це дасть можливість:

- звертатися за допомогою тоді, коли необхідно, в будь-який час;
- забезпечити анонімність;
- виключити можливість розголошення інформації третім особам.

27. Провести оцінку обізнаності психологів і офіцерів структури МПЗ (по РОС) з питань суїцидальної поведінки. Отримані результати дозволять з’ясувати їх потребу у навчанні превенції (попередження, недопущення) самогубств, суїцидальної поведінки, упорядкувати процедури роботи з групою посиленої психологічної уваги, а також визначити проблемні питання.

28. Провести *психологічну експертизу психологів* (поглиблена оцінка професійної придатності на етапах підвищення кваліфікації чи перекваліфікації).

Довідково: Здійснюється як невід’ємний компонент чергових і позачергових атестацій, оскільки психотравмуючі чинники професійної діяльності та соціальної обстановки викликають специфічні зміни особистості психолога вже після 7–10 років безперервної роботи.

29. З метою унеможливити сприйняття суїциду як нормального явища, рекомендувати ЗМІ, які висвітлюють суїцидальні події, трактувати статистичні дані уважно і правильно, використовувати автентичні і надійні джерела інформації; обережно використовувати спонтанні коментарі; уникати висловів на кшталт “епідемія самогубств” або “підрозділ з найвищим рівнем суїциду”; не пояснювати суїцидальну поведінку як “адекватну відповідь чи деградацію”; репортаж зводити до короткого повідомлення, не вдаючись до перебільшень, оприлюднень фотографій померлого, використаних засобів та сцен самогубства, так само, як і детального опису самої дії самогубства і шляхів отримання засобів, які використовувались при цьому, а також вважати на те, що заголовки на першій шпальті не є ідеальним місцем для висвітлення події самогубства.

30. Організувати роботу із ЗМІ щодо формування позитивної громадської думки (намагання деяких ЗМІ перетворити загибель військовослужбовців у скандальні сенсації, з вимогою “воювати без втрат”), мінімізувати репутаційні ризики.

4. Командирам (начальникам)

1. Регулярно проводити навчання військовослужбовців культурі безпеки життєдіяльності, оскільки найсуворіші адміністративні заходи і закони не в змозі належним чином знизити рівень вразливості та втрат особового складу, не забезпечують контроль над ситуацією при відсутності у самих військовослужбовців культури безпеки життєдіяльності, усвідомленого розуміння особистої відповідальності за своє здоров'я і життя, а також за життя рідних і близьких.

2. Спільно з військовою службою правопорядку та відповідними структурами МВС України проводити заходи з метою перекриття нелегальних каналів перевезення наркотичних засобів, викривання виконавців та запобігання розповсюдженню.

3. Звертати увагу на військовослужбовців, які вчиняють дрібні крадіжки і розкрадання військового майна, з метою продажу або обміну на алкоголь або наркотики.

4. Здійснювати контроль за статутною організацією життєдіяльності військовослужбовців, оскільки він відіграє особливу роль у профілактиці суїцидальних проявів. Нерівність у складності і організації військової праці створює нерівні умови для задоволення потреб, для всебічного розвитку особистості воїна.

5. Психологам

1. Перед проведенням психодіагностичного обстеження чітко формулювати мету та підбирати відповідні методики.

Психологічний висновок подавати у письмовій формі, дотримуючись структури і логіки викладення даних і не виходячи за межі своїх компетенцій.

Зазначати основні підсумкові результати, що мають найбільшу інформаційну цінність, рекомендації, а також дату проведення та підпис відповідальних осіб (хто проводив психодіагностичне обстеження).

2. Можливість використання психологічних методик без обмежень надавати лише тим особам, кваліфікація яких за фахом (психологія або психофізіологія) підтверджується державним дипломом про спеціальну освіту.

3. Враховувати той факт, що деякі військовослужбовці потребують для більш точної інформації проведення індивідуальних бесід. Це пов'язано з тим, що більша частина психодіагностичного інструментарію складається з самооціночних методик, що не виключає можливості надання свідомо соціально-бажаних відповідей.

4. Організовувати та проводити індивідуальні бесіди з військовослужбовцями, які мають “мотивацію на уникнення невдач” (визначається за методикою діагностики мотивації уникнення невдач Т. Елерса), звертаючи увагу на потреби, які знаходяться в основі такої мотивації.

5. Вивчати особливості професійної мотивації та ідентифікації військовослужбовців, які мають відхилення у поведінці; вивчати особливості відхилень у поведінці військовослужбовців з посттравматичним синдромом.

До групи з відхильною поведінкою необхідно включати респондентів з викривленою мотивацією вчинків.

6. Вивчати та узагальнювати структурні елементи відхильної поведінки військовослужбовців.

7. При проведенні групової діагностики використовувати високоінформативні, короткі опитувальники і компактні психологічні тести з метою отримання експрес-інформації щодо оцінки негативних психічних станів та виявлення осіб з асоціальними установками, а також тих, які вживають психоактивні речовини (відповідно до Наказу МО України від 16.01.2017 № 25).

8. Самоопитувальники використовувати при вирішенні таких завдань:

- збір анамнезу та формулювання психологічних гіпотез;
- скринінг та діагностика психологічних проблем і психічних розладів;
- визначення необхідних напрямлень до додаткових фахівців і/або на конкретні обстеження;
- моніторинг змін і реакцій на стресову подію.

9. При встановленні підозри про наявність у військовослужбовця будь-яких психічних відхилень під час первинної бесіди, в ході подальшого спостереження в період проходження військової служби або за даними наявної документації, необхідно в установленому порядку направити його до лікаря військової частини, який після всебічного обстеження організовує консультацію лікаря-психіатра (психоневролога) для встановлення діагнозу, призначення лікування та при необхідності – огляду на предмет визначення придатності до військової служби.

10. При плануванні заходів з оперативного втручання рекомендується використовувати анонімні опитування військовослужбовців.

Довідково: вивчається широке коло проблем, включаючи доступність медичного забезпечення, атмосфера в команді, асоціативні упередження, статус знань і моралі в межах певних груп на рівні військових частин (підрозділів) та власне ставлення до суїцидів.

Окрім того, буде корисним проведення інтерв'ю та робота з фокус-групами, щоб дізнатися про занепокоєння військових.

Складений підсумковий документ подається для ознайомлення медичним працівникам військової частини та командуванню для прийняття відповідних управлінських рішень.

11. Контролювати стрес-спровоковані адиктивні розлади, бо вони мають ряд суттєвих відмінностей від зловживання психоактивними речовинами у звичайних умовах, і, перш за все, за рахунок афективних порушень тривожно-депресивного радикала, які чітко простежуються.

12. Проводити ранню діагностику симптомів посттравматичного стресового розладу, який у поєднанні з

алкогольною залежністю може призводити до небойових втрат у зв'язку зі швидким формуванням патохарактерологічних змін особистості афективно-нестійкого типу з афективно-деструктивними формами поведінки.

Довідково: проявляються у формі дратівливості, гніву, спалахів дисфоричного афекту, нестійкості настрою. Найбільш часто спостерігається експлозивний варіант трансформації сп'яніння, з характерним скороченням періоду ейфорії, епізодами роздратування, нетривалими спалахами гніву з екстрапунітивною агресією, що призводить до серйозних конфліктів. (особливо при первинному формуванні ПТСР з подальшим приєднанням адикції).

13. У роботі щодо попередження небойових втрат значну увагу зосереджувати на ранній діагностиці девіацій, оскільки девіантна поведінка може мати як індивідуальний так і колективний характер, причому індивідуальна девіація в ряді випадків трансформується в колективну.

14. На етапі психологічної підготовки формувати у військовослужбовців стійкість до бойового стресу, бо формування адиктивних розладів обумовлюється стресовим впливом, а особистісна схильність значною мірою визначається чинником низької толерантності до стресу.

15. Здійснювати своєчасну діагностику та надання медико-психологічної допомоги особам із невротичними та афективними розладами (алкоголізм і наркоманія виникають як вторинний симптом по відношенню до цих розладів, а основним механізмом розвитку залежності є підсвідоме прагнення до позбавлення від них).

16. При діагностиці особистісно-характерологічних девіацій особливу увагу звертати на осіб, у яких переважає реагування за експлозивним типом.

17. Систематично проводити діагностику основних соціально-психологічних відхилень у поведінці військовослужбовців (“уникаючий”, “пригноблюючий”, “паразитуючий”).

18. Здійснювати діагностику патохарактерологічних реакцій у військовослужбовців, які можуть призвести до небойових втрат.

Довідково: патохарактерологічні реакції – реактивні стани, які проявляються переважно тимчасовими порушеннями поведінки і ведуть до соціально-психологічної дезадаптації (експлозивного, нестійкого, гіпертимного, істероїдного, шизоїдного, сенситивного типів).

19. Проводити психодіагностику особового складу, який тривалий час перебуває в районі ведення бойових дій з метою виявлення форм агресивності (фізична агресія, непряма агресія, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини) і ворожих реакцій.

20. Проводити діагностику стійкості до бойового стресу.

Довідково: стійкість до бойового стресу визначається сукупністю позитивних особистісних якостей та антистресорних навичок. Для прогнозування СБС військовослужбовців використовуються: експертні оцінки командирів підрозділів; методи оцінки нервово-психічної стійкості та інших психологічних особливостей особистості; оцінка функціонального стану, резервних можливостей організму і фізичної підготовленості військовослужбовців; аналіз інших якостей, що впливають на успішність професійної діяльності у бойових умовах.

21. Систематично проводити оцінку психологічного стану особового складу. У разі отримання негативних психологічних показників проводити додаткове обстеження за допомогою об'єктивних психологічних тестів.

22. Здійснювати постійний нагляд за тими, хто був свідком загибелі своїх товаришів, та віднести їх до групи посиленої психологічної уваги (поведінкові розлади “приховані втрати”).

23. Проводити психологічну роботу з тими, хто постраждав під час пожеж, побутових вибухів, автомобільних аварій (ДТП) або не був безпосереднім учасником подій, але знав загиблих і постраждалих, з метою профілактики психічних порушень віддаленого періоду, оскільки у деяких випадках у них може розвинутися ПТСР.

24. Проводити оперативні заходи з метою з'ясування причин та обставин, об'єктивних і суб'єктивних чинників, які призвели до

випадку самогубства, прогнозування подальшого розвитку подій та прийняття управлінських рішень щодо своєчасного виявлення і корекції негативних станів, що несуть потенційну загрозу психологічному здоров'ю військовослужбовців.

25. Проводити психологічну корекцію психогеній незвичних умов існування.

26. Заходи медико-психологічної корекції з метою формування адекватного ставлення військовослужбовців до незвичних умов існування та подолання передпатологічних і патологічних станів, що розвиваються, повинні містити такі елементи, які реалізуються залежно від етапу адаптації:

1) *на етапі підготовки* – проведення психопрофілактичних заходів:

- ознайомлення суб'єкта з майбутніми умовами життя і діяльності в нових умовах;

- корекція неправильних уявлень;

- корекція надлишкової суб'єктивності та непродуктивності пізнавальної діяльності;

- корекція егоїстичних неадекватних відносин з урахуванням особливостей акцентуації особистості;

- вироблення індивідуального “ключа” емоційної саморегуляції для підвищення стійкості до екстремальних умов;

- аналіз причин дезадаптації;

- подолання неадекватного ставлення до себе і ситуації;

- допомога у виробленні правильного уявлення про себе і свої завдання в екстремальних умовах;

- корекція тактики пізнавальної поведінки на основі аналізу помилок і з урахуванням особливостей особистості;

2) *в ході проведення реабілітаційних заходів*:

- перевірка ефективності та уточнення виробленого плану адаптації до конкретних умов існування;

- роз'яснення труднощів, що виникли при адаптації;

- схвалення і підтримка адаптивних механізмів, виявлених у процесі реабілітації;

– ослаблення патогенності або усунення психотравмуючих чинників при роботі з соціальним оточенням;

– зняття емоційної напруженості, психосоматичних ускладнень шляхом емоційно-соматичної саморегуляції.

27. Заходи медико-психологічної (психофізіологічної) корекції проводити у складі цілісних підрозділів, перед якими поставлено бойове завдання, на етапі підготовки до його виконання. Необхідна участь всього особового складу підрозділу (солдатів, сержантів та офіцерів).

Довідково: у період підготовки до бойових дій у частини військовослужбовців з'являються ознаки надмірної психічної напруги, переважно у вигляді почуття тривоги і супутніх їй вегетативних дисфункцій. Найбільша вираженість цих явищ спостерігається у військовослужбовців з незадовільним рівнем СБС і відсутністю або нестачею бойового досвіду. Проте виділення цієї групи ризику і спеціальна корекційна робота з нею у передбойовому періоді недоцільні, оскільки можуть мати негативний вплив на бойову згуртованість підрозділу. З огляду на обмеженість часу післядії “корекційних вправ”, необхідно прагнути наблизити їх проведення до початку майбутніх бойових дій.

28. Організовувати та здійснювати психологічний моніторинг (періодичні заходи, що забезпечують динамічний нагляд за станом військовослужбовців із метою виявлення психологічних наслідків, пов'язаних із професійною діяльністю).

Довідково: основне завдання моніторингу полягає у діагностиці накопичених (кумулятиваних) стресових порушень, виявлення інших психологічних наслідків, пов'язаних із професійною діяльністю; надання рекомендацій щодо форм і методів реабілітації.

29. Проводити дебрифінг с метою зниження дистресу та превенцію відтермінованих психологічних порушень, зокрема, ПТСР.

Довідково: рекомендується застосування психологічного дебрифінгу. У буквальному перекладі з англійської мови це слово означає “задишка”. Сенс дебрифінгу – зменшення ризику розвитку

важких наслідків стресу шляхом “закриття минулого”. Таким чином, цей захід поєднує в собі завдання кризової інтервенції та профілактики. Повна сесія дебрифінгу з проходженням усіх стадій займає 2–2,5 год. Проте скорочені його варіанти також можливі й корисні. Рекомендується проведення скороченого (10–15 хв.) дебрифінгу в групах військовослужбовців після закінчення чергування (виконання завдання). За необхідності групова психологічна робота доповнюється індивідуальною. Проводяться короткострокові кризові інтервенції, можуть призначатися фармакологічні препарати профілактичної дії. Надання підтримки індивіду в емоційному відреагуванні шляхом нормалізації емоційних реакцій, а також у підготовці до переживання травматичних подій у майбутньому. Виявлення військовослужбовців, які потребують допомоги, надання цієї допомоги на ранньому посттравматичному етапі.

30. Здійснення оперативного психологічного контролю і прогнозу проводити безпосередньо перед заступанням на чергування або перед виконанням екстремальної задачі. Це дозволить запобігти зриву діяльності та здоров'я, пов'язаного з неадекватною самооцінкою військовослужбовцем свого поточного стану.

31. Проводити заходи щодо психологічної сумісності малих груп військовослужбовців.

Довідково: ефективність групової діяльності багато в чому залежить від психологічної сумісності її членів, групової згуртованості. Психологічна робота дозволяє кількісно оцінити соціально-психологічну (комунікативну) компетентність і адаптивність кожного учасника групи. При цьому підлягають обліку такі ознаки:

- бажання працювати у групі;
- вміння підкорятися наказам і розпорядженням командира, начальника;
- вміння поступитися ситуативним лідерством у разі потреби;
- прагнення налагодити партнерські стосунки у групі;

– особисте прагнення надавати допомогу і підтримку членам групи;

– прагнення підтримувати розумний розподіл обов’язків;

– особиста ініціатива, яка проявляється у груповій роботі.

На підставі отриманих даних виробляються рекомендації щодо оптимального комплектування груп. За необхідності проводяться додаткові тренінги групової згуртованості.

32. Розробити та проводити з командирами усіх ланок тренінг розвитку організаційно-групових процесів – “Організаційний”.

Довідково: цілями “Організаційного тренінгу” є: розвиток навичок і вмій системного та адекватного застосування санкцій суб’єктами дисциплінарної практики до військовослужбовців, які схильні або мають відхилення, розширення уявлень про зміст та особливості дисциплінарної практики як комплексу заходів, спрямованих на мінімізацію відхилень у поведінці військовослужбовців, формування безконфліктних взаємин між військовослужбовцями, трансляції нормативних способів поведінки військовослужбовців.

33. Вчити командирів методам непрямого оцінювання військовослужбовців – побудові “профілю” підлеглого: оцінки лідерських здібностей, мотивації, стилю прийняття рішень тощо.

34. Навчати командирів визначенню динаміки змін психічного стану військовослужбовців в екстремальних умовах існування, з виділенням умовних періодів (фаз), які характеризуються змінами у поведінці і психічному стані військових фахівців, а також критеріям для відправлення і розміщення військовослужбовців для подальшої профілактики в умовах стаціонарного лікування.

Довідково:

По-перше. Термінового стаціонарного лікування потребують військовослужбовці, які вчинили спробу суїциду, які заявляють про свої наміри до суїциду, виявляють високу зацікавленість до самого явища самогубства і способів його скоєння, а також при наявності у військовослужбовця наміру приховати свій стресовий стан.

По-друге. При дезорганізаціях, або постійних службових, сімейних зривах, що в свою чергу нараощують загрозу виникнення агресивних дій, які збільшують потенційний суїцидальний ризик.

По-третє. При різких змінах форм поведінки і цілеспрямованості діяльності під впливом непостійного настрою, значних коливаннях і постійних змінах емоційного стану військовослужбовця.

По-четверте. При втраті психологічного захисту в процесі адаптації і різкому зниженню контролю і самоконтролю військовослужбовця над собою.

І, нарешті, при виразному глибокому відчутті безвихіддя, пригнічення, високих ступенях втомленості, які потребують реабілітаційних заходів і перерви у повсякденній діяльності військовослужбовця.

35. Інформувати командирів про особливості відхильної поведінки військовослужбовців в умовах бойових дій.

Довідково: в умовах затяжних позиційних воєн поведінкові реакції стають серйозною проблемою навіть для добре злагоджених і боєдатних підрозділів. Цьому сприяють, наприклад, претензії командирів на особливі привілеї чи спроби протизаконної помсти противнику за загиблих товаришів по службі.

У польовій настанові армії США з профілактики бойового стресу (Combatand Operational Stresscontrol, 2006) підкреслюється, що подібні дії повинні жорстко припинятися, оскільки “бойовий стрес, навіть у разі виявленого героїзму, не може слугувати виправданням кримінальної поведінки”.

36. Систематично проводити оцінку психологічного стану особового складу. У разі отримання негативних психологічних показників проводити додаткове обстеження за допомогою об’єктивних психологічних тестів.

37. Здійснювати постійний нагляд за тими, хто були свідками загибелі своїх товаришів, відносяться до групи посиленої психологічної уваги (поведінкові розлади “приховані втрати”)

38. Проводити психологічну роботу з тими, хто постраждав під час пожеж, побутових вибухів, автомобільних аварій (ДТП) або не був

безпосереднім учасником подій, але знав загиблих у них, з метою профілактики психічних порушень віддаленого періоду, оскільки у деяких випадках у них може розвинути ПТСР.

39. Проводити оперативні заходи з метою з'ясування причин та обставин, імовірних об'єктивних і суб'єктивних чинників, які призвели до випадку самогубства, прогнозування подальшого розвитку подій та прийняття управлінських рішень щодо своєчасного виявлення і корекції негативних станів, що несуть потенційну загрозу психологічному здоров'ю військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ТА РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алешкевич Д. По суицидам белорусская армия – не впереди планеты всей [Электронный ресурс] / Алешкевич Д. — Режим доступа : <http://www.belvpro.com/ru/87918.html>
2. Бугаєв С. Як передові армії світу попереджають самогубства військових і на кого рівнятися Україні [Електронний ресурс] / Бугаєв С. — Режим доступу : <http://asn.in.ua/ua/news/publishing /108829-что-delat-ukraine-chtoby-vs-u-ne-stali-armiej-sam.html>
3. В Литве признали, что суицид – не медицинская, а комплексная проблема [Электронный ресурс] / Режим доступа : http://baltnews.lt/vilnius_news/20150819/1014051833.html
4. Зоран Комар. Психологічна стійкість воїна : Підручник для військових психологів / Зоран Комар. — К. : Торрент-толока, 2017. — 184 с.
5. Карсон Р. Анормальная психология / Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. ; науч. ред. пер. на рус. яз. Б. В. Овчинников. — СПб. : Питер, 2004. — 1167 с.
6. Кокс Т. Стресс / Кокс Т. — М.: Медицина, 1981. — 216 с.
7. Короленко Ц. П. Психология человека в экстремальных условиях / Короленко Ц. П. — Л. : Наука, 1978. — 258 с.
8. Личко А. Е. Подростковая наркология : Руководство / Личко А. Е., Битенский В. С. — Л. : Медицина, 1991. — 304 с.
9. Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення : Методичні рекомендації / Швець А. В., Хорошун Е. М., Коваль О. В., Лук'янчук І. А., Чайковський А. Р. — К., 2016. — 59 с.
10. Наказ Міністерства оборони України “Про затвердження Інструкції з організації обліку особового складу Збройних Сил України” від 26.05.2014 року № 333.
11. Профилактика наркомании в Вооруженных Силах [Электронный ресурс] / Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-narkomanii-v-vooruzhennyh-silah-rf-problemy-i-puti-ih-resheniya>

12. Психиатрия войн и катастроф : Учебное пособие / Под ред. В. К. Шамрей. — СПб. : СпецЛит, 2015. — 431 с.

13. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн : навч. посіб. / кол. авт. — К. : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2017. — 132 с.

14. Самоубийства в армии России и США [Электронный ресурс] / Livejournal. — Режим доступа : <https://mikle1.livejournal.com/2099685.html>

15. Становов Р. О проблеме суицида в вооружённых силах Канады (2016) [Электронный ресурс] : Зарубежное военное обозрение / Становов Р. — 2016. — №4. — С. 42-43. — http://factmil.com/publ/strana/kanada/o_probleme_suicida_v_vooruzhnykh_silakh_kanady_2016/74-1-0-992

16. Army G1 Deputy Chief of Staff for Personnel. Deployment cycle support program. US Army Web site. Available at : <http://www.armyg1.army.mil/dcs/default.asp>. Accessed January 2, 2008.

17. Baker SL. US Army heroin abuse identification program in Vietnam : implications for a methadone program. Am J Public Health. 1972 ; 62:857–860.

18. Balkind JJ. Morale Deterioration in the United States Military During the Vietnam Period. Ann Arbor, Mich : University Microfilms International. [Dissertations Abstracts International, 39 (1-A), 438. Order No. 78-11, 333 ; 1978.

19. Bond TC. The why of fragging. Am J Psychiatry. 1976 ; 133:1328–1331.

20. Cosmas GA, Murray TP. US Marines in Vietnam : Vietnamization and Redeployment, 1970–1971. Washington, DC : History and Museums Division, US Marine Corps ; 1986: 343–369.

21. Department of Defense Information Guidance Series. Drug Abuse in the Military – A Status Report. Part II. Office of Information for the Armed Forces ; August 1972:1–3. No. 5A-18.

22. Epidemiological Consultation Report : Suicides at Fort Hood, Texas. Washington, DC : Office of the Surgeon General, Department of the Army ; 2006.

23. Epidemiological Consultation Report: Suicides at Fort Riley, Kansas. Fort Sam Houston, Tex : Great Plains Regional Medical Command, US Army Medical Command ; 2005.

24. Fort Bragg Epidemiological Consultation Report. Washington, DC : Office of the Surgeon General, Department of the Army ; 2002.

25. Frenkel SI, Morgan DW, Greden JF. Heroin use among soldiers in the United States and Vietnam : a comparison in retrospect. *Int J Addict.* 1977 ; 12:1143–1154.

26. Gabriel RA, Savage PL. Cohesion and disintegration in the American Army : an alternative perspective. *Armed Forces Soc.* 1976 ; 2:340–376.

27. Gillooly DH, Bond TC. Assaults with explosive devices on superiors : a synopsis of reports from confined offenders at the US Disciplinary Barracks. *Mil Med.* 1973 ; 138:700–702.

28. Headquarters, US Army Republic of Vietnam. Drug Rehabilitation / Amnesty Program. [Published as an urgent theater adaptation of Army regulation AR 600-32 (Drug Rehabilitation/Amnesty Program) sent to all commands in Vietnam “pending publication of USARV Suppl 1 to AR 600-32.” The letter “establishes policies, responsibilities, and procedures for implementation of a Drug Rehabilitation/Amnesty Program in USARV.” December 29, 1970 [letter].

29. Hoge CW, Russell RK, Orman DT, Milliken C, Bliese P. Final Report of Epidemiologic Investigation of Outbreak of Suicidal Behaviors Among Initial Entry Army Trainees at Fort Leonard Wood, July – October 2000. Washington, DC : Walter Reed Army Institute of Research, 2001. WRAIR Tech Report.

30. Holloway HC, Sodetz FJ, Elsmore TF, and the members of Work Unit 102. Heroin dependence and withdrawal in the military heroin user in the US Army, Vietnam. In : Annual Progress Report. Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research ; 1973: 1244–1246.

31. Holloway HC. Epidemiology of heroin dependency among soldiers in Vietnam. *Mil Med.* 1974 ; 139:108–113.

32. Jones F. D., Johnson A. W. Jr. Medical and psychiatric treatment policy and practice in Vietnam. - *J Soc Issues.* 1975 ; 31(4):49–65.

33. Joseph B. S. Lessons on heroin abuse from treating users in Vietnam. *Hosp Community Psychiatry.* 1974 ; 25:742–744.

34. Linden E. The demoralization of an army : fragging and other withdrawal symptoms. *Saturday Review*. January 8, 1972:12–17, 55.
35. Lipsman S, Doyle E, and the editors of Boston Publishing Co. *The Vietnam Experience : Fighting For Time*. Boston, Mass : Boston Publishing Co ; 1983.
36. Lloyd SJ, Frates RC, Domer DC. A clinical evaluation of 81 heroin addicts in Vietnam. *Mil Med*. 1973 ; 138:298–300.
37. Prugh GS. *Law at War : Vietnam 1964–1973*. Washington, DC : Government Printing Office ; 1975.
38. Reprinted as : Stanton MD. The hooked serviceman : drug use in and after Vietnam. In : Figley CR, Leventman S, eds. *Strangers at Home : Vietnam Veterans Since the War*. New York, NY: Praeger; 1980: 279–292.
39. Robins LN. A follow-up study of Vietnam veterans' drug use : the transition to civilian life. *J Drug Issues*. 1974 ; 4:61–63.
40. Sapol E, Roman RA. Marijuana in Vietnam. *J Am Pharm Assn*. 1969 ; 9:615–619.
41. Spector RH. *After Tet : The Bloodiest Year in Vietnam*. New York, NY : The Free Press ; 1993.
42. Stanton MD. Drugs, Vietnam, and the Vietnam veteran : an overview. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1976 ; 3:557–570.
43. Steadman HJ, Silver E, Monahan J, et al. A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Hum Behav*. 2000 ; 24(1):83–100.
44. US Army Adjutant General, Casualty Services Division (DAAG-PEC). *Active duty Army personnel battle casualties and nonbattle deaths Vietnam, 1961–1979*, Office of The Adjutant General counts. February 3, 1981.
45. Zinberg NE. Rehabilitation of heroin users in Vietnam. *Contemp Drug Problems*. 1972 ; 1:263–294.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Рекомендації щодо процедур групового нагляду

У гарнізонах

Існує багато різних підходів до використання групового нагляду у військовій системі. Модель для осмислення ролі групового нагляду в установах та гарнізоні представлені в таблиці 1. Хоч би який підхід був обраний лікарем-клініцистом, груповий нагляд варто розглядати як “тимчасовий метод”; рекомендації для командира щодо тимчасового обмеження обов’язків солдата, ймовірно, будуть корисними у забезпеченні здоров’я солдата і його добробуту. Більшість командирів в Армії ознайомлені з концепцією групового нагляду та підтримають такі рекомендації, особливо коли вони будуть впроваджуватись через розпорядження, підписане працівником охорони психічного здоров’я. Формат розпорядження дає змогу переконатись, що складені інструкції прості для розуміння. Розпорядження надається супроводжуючому солдата (зазвичай, це сержант), який підписує розписку та отримує інструкції доставити розпорядження командирю або першому сержанту. Це дозволяє лікарю відпустити військовослужбовця з рекомендаціями групового нагляду, коли сам лікар не має можливості одразу ж зв’язатися з командиром. Як і будь-яку медичну рекомендацію, командир може проігнорувати розпорядження лікаря-клініциста, але потім він нестиме повну відповідальність за наслідки свого вчинку. Система на місці дислокації, запропонована у цьому підрозділі, містить два типи групового нагляду.

Перший називається “нагляд товариша”; він рекомендує тримати солдата в полі зору тільки з ранку до відбою, а не 24 години на добу, до 5 днів із моменту початку нагляду до моменту

повторного оцінювання. Цей нагляд призначений для осіб із низьким ризиком, має певну гнучкість у використанні (наприклад, лише протягом вихідних) та загалом краще сприймається серед командування та солдатів. Цей тип цінний в різних ситуаціях, зокрема й за конкретно військових суїцидальних ідей і за малої кількості чинників ризику для скоєння самогубства.

Інший сценарій, в якому груповий нагляд може бути корисним, – управління солдатами, які словесно виражали свої суїцидальні думки або завдавали собі травм у стані алкогольного сп'яніння. Після цього військовослужбовець може стверджувати, що не має суїцидальних думок, не пам'ятає самотравмувальних дій та може демонструвати мінімум чинників ризику щодо самогубства. Однак очевидно, що ризик в такому разі присутній, особливо під впливом алкоголю. Нагляд товариша значно мінімізує можливість продовження зловживання алкоголем і, таким чином, знизить ризик суїциду під час амбулаторного лікування, у тому числі ініціюється звернення до Програми запобігання вживанню алкоголю та наркотиків в Армії. Інші випадки, в яких може бути цінним нагляд товариша, – це “вихід” із госпіталізації або після 24-годинного нагляду.

Другий тип групового нагляду називається “цілодобове спостереження”. Унікаємо інший поширений термін “НС (нагляд старшого по казармі) (CQ)” з двох причин. Деякі підрозділи не мають НС, та командир може вирішити, що для підрозділу ставиться завдання, до якого підрозділ не готовий. Також командир може вирішити з терміну “НС” (CQ watch), що лікар рекомендує направити солдата до центру (тобто до військового центру), де в іншому підрозділі можливий нагляд НС. Інколи переміщення солдата до центральної частини дійсно необхідне, проте слід уникати переміщень, коли це можливо, адже солдати часто відчують у таких випадках відчуження та приниження.

Основною характеристикою цілодобового нагляду є те, що солдат перебуває під наглядом 24 години на добу, після чого має пройти оцінювання стану свого психічного здоров'я у лікаря.

Управління ризиком суїциду та гоміциду в гарнізоні

Найменш обмежувальні заходи Найбільш обмежувальні заходи



	Повне виконання своїх обов'язків	Груповий нагляд	Цілодобовий нагляд	Направлення до ізолятора в психіатричній лікарні
Дії	Повернення до виконання обов'язків	1. Безпечність зброї та відсутність медичних засобів у зоні доступу 2. Солдат під постійним наглядом від підйому до відбою	1. Безпечність зброї та відсутність медичних засобів у зоні доступу 2. Солдат під постійним наглядом 24 години на добу	Направлення до ізолятора
Приклади	ГД/СД без плану чи чітких намірів; низькі чинники ризику, безпечне оточення	1. Конкретно військові СД/ГД, без чітких намірів, мало чинників ризику 2. СД/ГД через психічний розлад, проте не потребує цілодобового нагляду чи госпіталізації 3. Поступове припинення групового нагляду	1. Конкретно військові СД/ГД з планом чи наміром, але малою кількістю чинників ризику 2. СД/ГД через психічний розлад, проте рівень ризику не потребує госпіталізації	1. Великий ризик суїциду/гоміциду, що потребує госпіталізації 2. Ризик суїциду/гоміциду не зменшився більше ніж через 5 днів цілодобового чи групового нагляду
Переваги	1. Повернення до виконання обов'язків 2. Немає упереджень чи відторгнення	1. Менше упереджень, ніж до цілодобового нагляду 2. Присутні	1. Високий рівень заходів безпеки 2. Висока імовірність повернення до	Найвищий рівень заходів безпеки

		заходи безпеки 3. Нижчі вимоги до військового підрозділу, ніж під час цілодобового нагляду 4. Висока імовірність повернення до виконання службових обов'язків	виконання службових обов'язків	
Недоліки	Відсутні заходи безпеки	Менше заходів безпеки, ніж за цілодобового нагляду	Упередження та відторгнення; високі вимоги до військового підрозділу	Низька імовірність повернення до виконання службових обов'язків; відторгнення, втрата соціальних і професійних ролей, які інколи пришвидшують одужання

Примітка: СД – суїцидальні думки; ГД – гоміцидальні думки.

Розпорядження щодо нагляду товариша

Дата:

Розпорядження для (командира, підрозділу)

Предмет:

Нагляд товариша для _____ (повне ім'я солдата)

1. Стан психічного здоров'я солдата було оцінено у _____ Клініці психічного здоров'я _____ (дата).

Результати оцінки засвідчили, що солдат може становити певний ризик для себе чи інших. Рівень ризику на цей момент не вказує на

необхідність госпіталізації, проте рекомендується груповий нагляд, підтримка і безпека.

2. Процедури нагляду товариша передбачають:

а) командир має призначити когось, хто постійно наглядатиме за солдатом від підйому до відбою. Солдату можна дозволити відвідувати вбиральню самому, якщо біля входу на нього чекає товариш чи сержант, що приставлений для нагляду. В ночі постійний нагляд не потрібен, але солдат не має спати на самоті. Дії, які спеціально виділятимуть солдата під наглядом товариша для великої кількості осіб (наприклад, примус солдата носити бронежилет впродовж дня), заборонені;

б) огляд місця проживання задля здоров'я і добробуту солдата: необхідно вилучити небезпечні матеріали (таблетки, ножі тощо);

в) повне обмеження доступу до алкоголю чи небезпечних предметів, таких як:

- власна зброя, ножі, запальнички, ювелірні прикраси з гострими краями, фени (столові прибори, окрім гострих ножів – дозволені);

- таблетки (кожна доза медикаментів має видаватись лікарем, помічником лікаря чи відповідальним сержантом тощо);

г) солдат може мати при собі вогнепальну зброю, що видана військовим підрозділом, якщо було видалено бойок.

д) солдату рекомендовано виконувати свої військові (небойові) обов'язки та фізичні вправи. Фізичні вправи часто покращують психічний стан.

3. Цей план вступає в силу від сьогодні, його закінчення визначається лікарем Клініки психічного здоров'я та погоджується з командиром. Продовження нагляду товариша після зазначеного періоду, визначеного лікарем, вважатиметься знуцанням.

4. Якщо стан солдата погіршиться, наглядач солдата повинен зателефонувати до Клініки психічного здоров'я за телефоном xxx-xx-xx в робочий час або супроводити солдата до пункту медичної допомоги після робочих годин. Якщо неможливо скористатись телефоном чи дістатись лікаря, солдата необхідно негайно

доправити до Клініки психічного здоров'я для огляду та оцінки його стану лікарем в робочий час.

5. Наступний огляд у лікаря призначено на _____ о _____ годині у Клініці психічного здоров'я.

Представник командування

Лікар

Зазначені процедури для обох типів нагляду створені з метою надання командиру точних вказівок щодо заходів і методів нагляду для безпеки солдата. Це письмове керівництво допомагає уникнути плутанини, яка може виникнути при розпливчатих словесних рекомендаціях з групового нагляду, та використовується як засіб зв'язку й субординації.

Цілодобовий нагляд буває корисним у керуванні солдатами, які мають суїцидальні чи гоміцидальні думки саме щодо військового оточення та мають мало чинників ризику, окрім словесних загроз. Наприклад: “Я вб'ю себе (чи мого командира), якщо мені доведеться повертатись до мого підрозділу”.

В умовах розгортання

Система нагляду у гарнізоні має бути окремо модифікована для місць постійної дислокації з двох причин. Першою з них є визнання того, що смертоносна зброя тут є незмірно доступною. Таким чином, нагляд товариша необхідно прибрати з можливих варіантів. Замість нього використовується цілодобовий нагляд для солдатів із підвищеним ризиком суїциду чи гоміциду, які не потребують госпіталізації. Ще один варіант зниження ризику в солдатів на місці постійної дислокації – так звані “основні запобіжні заходи”.

Основними заходами запобігання є видалення ударника (або бойка) зі зброї солдата та відсторонення його від бойових обов'язків до особливого розпорядження.

Розпорядження щодо цілодобового нагляду

Дата:

Розпорядження для (командира, підрозділу)

Предмет:

Цілодобовий нагляд для _____ (повне ім'я солдата)

1. Стан психічного здоров'я солдата було оцінено у _____ Клініці психічного здоров'я _____ (дата). Результати оцінки вказали, що солдат може становити певний ризик для себе чи інших. Рівень ризику на цей момент не вказує на необхідність госпіталізації, проте рекомендується цілодобовий нагляд, підтримка і безпека.

2. Процедури цілодобового нагляду передбачають:

а) постійний нагляд, включаючи супроводження солдата до вбиральні та під час прийому їжі;

б) солдат має спати в кімнаті з членом підрозділу, який не спить, чи у військовому центрі (без небезпечних предметів) біля штабної служби/НС, щоб за солдатом постійно спостерігали впродовж всієї ночі. Інші дії, щоб спеціально позначити солдата під цілодобовим наглядом всьому підрозділу (наприклад, примус солдата носити дорожній бронежилет протягом всього дня), заборонені та вважатимуться знущанням;

в) огляд місця проживання задля здоров'я і добробуту солдата; необхідно вилучити небезпечні матеріали (таблетки, ножі, зброю тощо);

г) усі відвідувачі, які не є членами підрозділу (окрім членів родини), мають бути видалені командирами;

д) упевнитись, що солдат не має доступу до алкоголю чи небезпечних предметів, таких як:

- власна зброя, ножі, запальнички, ювелірні прикраси з гострими краями, фени (столові прибори, окрім гострих ножів – дозволені);

- таблетки (кожна доза медикаментів повинна видаватись лікарем, помічником лікаря чи відповідальним сержантом тощо);

ж) солдат може мати при собі вогнепальну зброю, що видана військовим підрозділом, якщо було видалено бойок.

3. Солдат має виконувати свої військові (небойові) обов'язки та фізичні вправи. Фізичні вправи часто покращують психічний стан.

4. Цей план вступає в силу від сьогодні, його закінчення визначається лікарем Клініки психічного здоров'я та погоджується з командиром. Продовження цілодобового нагляду після зазначеного періоду, визначеного лікарем, вважатиметься знущанням.

5. Якщо стан солдата погіршиться, наглядач солдата має зателефонувати до Клініки психічного здоров'я за телефоном xxx-xxxx.

6. Наступний огляд у лікаря призначено на _____ о _____ годині у Клініці психічного здоров'я.

Представник командування

Лікар

НС: нагляд старшого по команді.

Інформаційний документ для командирів

Предмет: керування солдатами з суїцидальними та гоміцидальними думками.

1. Посилання: FM 4-02.55 ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙНИ, FM 22-51 “Методологія командира щодо подолання стресу в умовах війни”.

2. Мета: надати інформацію командирам стосовно використання групового нагляду та керування солдатами, які мають суїцидальні чи гоміцидальні думки.

3. Огляд:

Коли до уваги командира доведено, що солдат має суїцидальні думки, командир має негайно зв'язатися з працівником психічної охорони здоров'я, щоб впевнитись у проведенні оцінки ризику. Ці процедури не мають обмежуватись цим інформаційним документом. Щойно працівник охорони психічного здоров'я оцінить стан солдата, він почне оцінювати чинники ризику (зокрема, психіатричний діагноз, наявність попередніх спроб

самогубства та наявність спроб самогубства у родині солдата, наявність плану самогубства) та надасть рекомендації командирю.

Ці рекомендації включатимуть одну з таких: повне повернення до виконання обов'язків із наглядом та підтримкою для солдатів із низькими чинниками ризику; Нагляд товариша (або Базові застереження в умовах війни) для солдатів із низькими чи помірними чинниками ризику; Цілодобовий нагляд для солдатів з помірними чинниками ризику та госпіталізація для солдатів з високим ризиком.

Важливість та цінність Базових застережень, Нагляду товариша та Цілодобового нагляду (на відміну від госпіталізації) для солдата і командира полягають у такому.

Солдат здатен виконувати свої професійні завдання на певному рівні та підтримувати соціальні зв'язки у своєму підрозділі. Це допомагає запобігти почуттям ізоляції та нікчемності, що іноді буває наслідками госпіталізації.

Солдат уникає упереджень, що, на жаль, часто асоціюються з госпіталізацією. Хоча, можливо, деякі упередження можуть бути пов'язані з груповим наглядом, принаймні солдати підрозділу щодня бачать солдата, який перебуває під наглядом, і, таким чином, менше схиляються до створення хибних уявлень про проблему: наприклад, що солдат “псих” та “замкнений у гумовій кімнаті”. Ці помилкові ідеї є досить поширеними та іноді можуть створювати проблеми після повернення солдата до підрозділу після госпіталізації.

Солдат має можливість розповісти про своє занепокоєння комусь зі свого оточення. Солдати, що мають суїцидальні думки, часто відчувають полегшення після розмови з ВС, які здатні вислухати та підтримати. Таким чином, на практиці використовується концепція підрозділу Армії як “родини” солдата й надається додаткова підтримка і нагляд члену підрозділу в біді.

Солдати з “конкретно військовими” суїцидальними думками (“Я вб'ю себе, якщо ви не відпустите мене з Армії”) швидко розуміють, що система охорони психічного здоров'я не створює шляхів втечі від їхніх обов'язків, хоча допомагає солдату пристосуватись до ситуації. Така позиція має дістатись до свідомості кожного солдата та, можливо, зменшить число солдатів, які мають “конкретно військові” суїцидальні думки. Це може

підвищити бойову готовність завдяки скороченню кількості солдатів, що шукатимуть шляхи втечі з Армії за допомогою системи охорони психічного здоров'я. Підрозділ і командири усіх рівнів отримують значний досвід в управлінні солдатами, які виражають суїцидальні думки. Цей досвід і використання групового нагляду можуть підвищити бойову готовність, адже існує висока імовірність того, що підрозділу доведеться стикатися з подібними процедурами в умовах війни.

Вміле використання групового нагляду в бойовому оточенні може запобігти “синдрому евакуації”, за якого значна кількість солдатів, які мають суїцидальні думки, евакуюють з місця операції, коли підрозділи не в змозі подолати цю проблему.

4. Типи групового нагляду:

а) Нагляд товариша. Член підрозділу має постійно наглядати за солдатом від підйому до відбою. Солдат не повинен спати один в кімнаті, проте постійний нагляд вночі не потрібен. Солдат буде дотримуватись вказівок психолога протягом 5 днів із початку нагляду, а потім має пройти переоцінку (зазвичай швидше, ніж за 5 днів). Якщо значний ризик суїциду лишається, солдата, як правило, госпіталізують, щоб бойова готовність підрозділу та увага не надмірно приділялась нагляду за солдатом;

б) Цілодобовий нагляд. Член підрозділу має постійно наглядати за солдатом впродовж 24 годин на добу.

Командири підрозділу часто використовують штатного ВС або СК для цього завдання. Цей тип нагляду загалом використовується лише для “конкретно військових” суїцидальних думок, коли солдат висловлює конкретні погрози, пов'язані з його бажанням звільнитись з Армії чи покинути місце дислокації, та не має інших чинників ризику (наприклад, депресивного розладу, попередніх спроб суїциду), які створили б необхідність госпіталізації. Солдат буде знаходитись під наглядом цілодобово відповідно до інтенсивної природи цього методу нагляду. Надалі лікар знову має оцінити ризик та надати відповідні рекомендації;

в) Базові застереження: з огляду на те, що рекомендації з базових застережень технічно не є груповим наглядом, це набір застережень щодо безпеки, який має використовуватись в бойовому оточенні. Найголовніше застереження полягає в тому, що солдат не

повинен брати участі в бойових діях (чи виконувати обов'язки поза ПОб), та необхідності впевнитись, що бойок витягнуто зі зброї солдата.

5. Солдат із гоміцидальними думками.

Солдати, які висловлюють гоміцидальні думки, мають бути направлені до працівника охорони психічного здоров'я для оцінки та визначення психічного розладу, який може спричинювати гоміцидальні думки, оцінки ризику та початку лікування при наявності психічного розладу. За відсутності серйозного психічного розладу, що може спричинювати гоміцидальні думки, сама їх наявність не є вказівкою необхідності госпіталізації. Працівник охорони психічного здоров'я має зробити певні кроки, щоб впевнитись у тому, що командир попередив потенційну жертву та може призначити Нагляд товариша чи Цілодобовий нагляд як метод захисту особи, що знаходиться під загрозою. Якщо рівень ризику дуже високий, командир має можливість проконсультуватись з НВЮС стосовно можливості утримання солдата під вартою, якщо госпіталізацію не призначено.

6. Висновки.

Використання групового нагляду – цінний інструмент для командира у підтримці солдатів та підвищенні бойової готовності. Працівники охорони психічного здоров'я працюватимуть, щоб визначити необхідний метод керування, та госпіталізуватимуть солдата, якщо рівень ризику потребує такої міри. Працівники охорони психічного здоров'я не можуть передбачити суїцид чи гоміцид, але вони вміють чітко дотримуватись зазначених шляхів для визначення ризику та необхідності госпіталізації. Ваша підтримка методів лікаря надасть можливість впевнитись, що ваш солдат отримає найбільш ефективний метод втручання.

Представник командування

Лікар

ВС – відповідальний сержант; СК – старший по казармі; ПОб – передова оперативна база; НВЮС – начальник військово-юридичної служби.

Стандартні процедури для нагляду товариша та цілодобового нагляду *Стандартні процедури*

Нагляд товариша та Цілодобовий нагляд

1. *Мета*: встановити процедури для використання Нагляду товариша, Цілодобового нагляду та керування солдатами, що проходять оцінку та лікування суїцидальної поведінки.

2. Залучаються: увесь персонал, що працює у Відділенні охорони психічного здоров'я.

3. Загальні положення:

а) усіх пацієнтів, які описують свої нинішні або нещодавні суїцидальні думки (тобто протягом останніх 2-х тижнів), оглядають у клініці. Суїцидальні думки, спроби самогубства або гоміцидальні думки мають бути розглянуті лікарем перш ніж відпустити солдата. Оцінка ризиків після прийомних годин має виконуватися співробітниками відділення швидкої допомоги після консультації з викликаним працівником охорони психічного здоров'я;

б) оцінка потенційної шкоди полягає у вивченні психіатричної історії хвороби солдата й оцінці чинників ризику. Чинниками ризику скоєння суїциду є, як мінімум, такі: попередні спроби самогубства, частота та продовження суїцидальних думок/планів/намірів, доступ до летальних методів самогубства, наявність або відсутність зловживання алкоголем і наркотиками, ознаки чи симптоми афективних і тривожних розладів, наявність значного стресу, соціальна підтримка, “тестування реальності” та випадки скоєння самогубства в родині солдата. Чинниками ризику гоміциду, як мінімум, є такі: історія минулого насилля чи жорстокого поводження, частота та продовження гоміцидальних думок / планів / намірів і визначення доступу до летальних засобів;

в) лікування має бути відповідним до проведеної оцінки стану та має передбачати безпеку всіх, хто має безпосереднє відношення до солдата;

г) підготовка документації має бути завершена в день проведення оцінки ризику.

4. Процедури:

а) Нагляд товариша може бути рекомендований, якщо існує ризик, що солдат може завдати шкоди собі чи іншим. Але лікар чітко зазначає в документі, що ризик не є настільки високим, що солдату необхідна госпіталізація. Нагляд товариша дозволяє спостерігати за солдатом під час лікування та має переваги над госпіталізацією.;

б) Цілодобовий нагляд може бути рекомендований для солдата, який потребує більш постійного нагляду, ніж може запропонувати Нагляд товариша, та зазвичай призначається для солдатів, які становлять певну загрозу завдання шкоди собі чи іншим, з метою уникнути виконання своїх обов'язків та отримати звільнення з військової служби (“Я вб'ю себе, якщо ви не відпустите мене з Армії”). Оцінка ризику та висновки лікаря, що ризик солдата не такий високий, щоб призначити госпіталізацію, мають бути чітко задокументовані.

в) Процедури Нагляду товариша та Цілодобового нагляду детально пояснюються. Важливою різницею цих двох процедур є те, що солдат під Наглядом товариша потребує спостереження лише від підйому до відбою, тоді як солдат під Цілодобовим наглядом потребує постійного нагляду. Коли солдат знаходиться під Наглядом, призначений лікар має зробити спробу зв'язатись з командиром і обговорити причини нагляду та інші відповідні проблеми.

Відповідне розпорядження має бути передано командирю через особу, яка супроводжує солдата. Якщо командир потребує додаткової інформації про груповий нагляд чи не певний щодо доцільності групового нагляду, інформаційний документ Керування солдатами з суїцидальними та гоміцидальними думками буде направлено до командира через особу, яка супроводжує солдата. Солдат під час Нагляду товариша має відвідувати лікаря як мінімум 1 раз на 5 днів до припинення нагляду. Солдат під час Цілодобового нагляду має відвідувати лікаря для переоцінки 1 раз у продовж 24 годин. Працівник охорони психічного здоров'я буде оцінювати стан Солдата кожного разу до закінчення нагляду. Рішення про закінчення групового нагляду має право приймати

лише лікар-психіатр. Розпорядження про закінчення нагляду буде підписано лікарем та направлено командиром.

Груповий нагляд – це рекомендація для командира. Працівники охорони психічного здоров'я зобов'язані обговорити свої рекомендації з командиром, розуміючи конкретні обставини в підрозділі. В усіх випадках безпека солдата та інших солдатів, які його оточують, має стояти на першому місці.

Нагляд товариша та Цілодобовий нагляд буде використовуватись лише для солдатів, чий рівень ризику було оцінено лікарем у медичному закладі. Груповий нагляд може бути призначений лікарем з відділення невідкладної допомоги, якщо він попередньо проконсультувався з лікарем-психіатром і вони дійшли згоди.

Розпорядження про припинення групового нагляду

Дата:

Розпорядження для (командира, підрозділу)

Предмет: припинення Цілодобового нагляду / Нагляду товариша для НСС:

1. Вищезазначеному солдату було рекомендовано Цілодобовий нагляд / Нагляд товариша _____ (дата).

2. Вищезазначений солдат пройшов оцінку в _____ Клініці психічного здоров'я знову _____ (дата). Зараз я вважаю, що військовослужбовець не становить ризику для себе чи інших, та рекомендую припинення Цілодобового нагляду / Нагляду товариша.

3. Хоча цей солдат не становить значного ризику або небезпеки для себе чи інших, будь ласка, візьміть до уваги, що рівень ризику солдата може змінитись.

4. Якщо солдат має повторні суїцидальні чи гоміцидальні думки або демонструє іншу поведінку, що може становити ризик завдання шкоди собі чи іншим, солдата необхідно супроводити до клініки (в робочий час) чи до відділення невідкладної допомоги (в неробочий час) для оцінки ризику.

5. Наступний прийом у лікаря призначено у Військовій амбулаторії психічного здоров'я _____ (дата) о _____ (час).

6. Координатор цього розпорядження підписується нижче ххх-хххх.

Лікар

НСС – номер соціального страхування.

Базові застереження

Дата:

Розпорядження для командира

Предмет: Базові застереження для _____ .

НСС: _____

1. Цей військовослужбовець був оцінений в ПОБ _____ ВМЦ. Базуючись на оцінці стану військовослужбовця і його поточного психічного стану, подані застереження рекомендовані командирю задля підтримки та безпеки членів його підрозділу. Оцінка психічного стану військовослужбовця вказала, що на цей час солдат не становить небезпеки чи ризику; він не потребує госпіталізації чи групового нагляду.

2. Застереження:

а) вилучити бойок зі штатної зброї солдата;

б) жодних бойових чи “виконання поза ПОБ” завдань до наступного розпорядження;

в) солдат має виконувати свої обов'язки (окрім бойових) і має проходити фізіотерапію. Фізіотерапія може допомогти покращити стан психічного здоров'я.

3. Якщо стан здоров'я солдата погіршується, наглядач має звернутись до ПОБ _____ ВМЦ _____ психічного здоров'я в ххх-хххх або супроводити солдата до ВМЦ для оцінки.

Наступний прийом у лікаря цьому солдату призначений в
 ПОБ _____ ВМЦ _____ (дата) о _____
 (година) з _____ .

Представник командування

Лікар

ВМЦ – військово-медичний центр; ПОБ – передова оперативна база; НСС – номер соціального страхування.

Керування ризиком суїциду та гоміциду в умовах розгортання

Найменш обмежувальні заходи

Найбільш обмежувальні заходи

	Повне виконання своїх обов'язків	Базові застереження	Цілодобовий нагляд (або постійний нагляд за пацієнтом)	Переміщення до військового медичного закладу
Дії	Солдат просить (в усній формі) створити безпечне оточення	1. Видалити бойок зі зброї солдата 2. Жодних завдань на ПОБ до наступного розпорядження	1. Безпечність зброї та відсутність медичних засобів в зоні доступу 2. Солдат під постійним наглядом 24 години на добу	Виконання процедури переміщення
Приклади	СД, мало чинників ризику, можливість попросити про надання безпеки	1. Первинні прояви конкретно військових СД/ГД 2. Психічний розлад із СД/ГД, але ризик недостатньо високий для призначення групового	1. Конкретно військові СД/ГД, проте ризик недостатньо високий для госпіталізації 2. Психічний розлад із СД/ГД, проте ризик недостатньо високий та	1. Великий ризик суїциду/гоміциду, що потребує госпіталізації 2. Серйозна медикаментозна спроба суїциду (передозування, глибокі чи рвані рани, що потребують накладення швів) 3. Ризик

		нагляду 3. Вихід із групового нагляду	солдат не потребує госпіталізації	суїциду/гоміциду не знизився після 5 днів (не більше), незважаючи на лікування під час групового нагляду
Переваги	1. ПВО 2. Жодних упереджень чи відчуження	1. Набагато менше упереджень, ніж при груповому нагляді 2. Певний рівень безпеки	1. Високий рівень заходів безпеки 2. Висока імовірність ПВО 3. Відповідає ННОП	Найвищий рівень заходів безпеки
Недоліки	Відсутні заходи безпеки	Менше заходів безпеки, ніж при груповому нагляді	1. Упередження та відчуження 2. “Роль хворого” через постійне спостереження за пацієнтом	Низька імовірність ПВО, порушує ННОП, якщо вказівки недостатньо чіткі

СД – суїцидальні думки; ГД – гоміцидальні думки; ПВО – повернення до виконання обов’язків; ПОБ – передова оперативна база; ННОП — наближеність, негайність, очікування, простота (англ. PIES).

Медико-юридичні питання

Неправильна оцінка ризиків суїциду може бути основою для визнання халатності працівника охорони психічного здоров'я.

Самогубство солдата під час групового нагляду може викликати питання, чи правильно працівник охорони психічного здоров'я оцінив ризик і чи впевнився у правильному методі втручання. Командира також необхідно допитати щодо компетентності проведення групового нагляду. Ще одна проблема полягає в тому, що солдати, які проводять груповий нагляд, мають недостатньо або взагалі не мають подібного досвіду та можуть неправильно оцінити серйозність наслідків при неправильному дотриманні вказівок.

Можуть бути вжити дисциплінарні заходи щодо лікарів або командирів, якщо внутрішнє розслідування вкаже на їхню провину або недбалість. Грошові стягнення можуть бути застосовані задля компенсації заподіяного. Директива МО 6025.13 визначає процедури розслідування халатності. Якщо начальник медичної служби у конкретному військовому підрозділі визначає, що необхідно відібрати певні привілеї у конкретного лікаря, ці дані вносяться до Національної інформаційної бази лікарів (NPDB – National Practitioner Data Bank). NPDB – це база даних, що надає інформацію про конкретні галузі видачі ліцензій лікаря, включно із членством в професійних спілках, історією медичної халатності, записами про клінічні привілеї, несприятливим ліцензуванням, висновками щодо позбавлення клінічних привілеїв та інших негативних дій, вжитих проти конкретного лікаря.

Така інформація надається через юридичні запити, з метою допомоги державним органам ліцензування, лікарням та іншим об'єктам охорони здоров'я у встановленні кваліфікації лікарів, яких збираються найняти, ліцензувати або яким планують надати привілеї. Ці дії виконуються з боку військових для впевненості, що працівники військової охорони здоров'я відповідають не лише

військовим, а й цивільним стандартам. велика кількість солдатів, у яких виникають гоміцидальні думки щодо старших за субординацією, мають такі діагнози, як розлад адаптації, розлад особистості або алкогольна залежність. За відсутності сильних психічних розладів ці військові не підпадають під критерії для госпіталізації, проте лікарі їх все-таки часто госпіталізують, бо вважають, що таким чином захищають потенційних жертв.

Крім того, лікарі надають рекомендації для командира: перемістити солдата до іншого загону підрозділу (на випадок гоміцидальних думок щодо безпосереднього командира), попередити потенційну жертву щодо загрози та надати обом сторонам прямий наказ уникати всіляких контактів, окрім необхідних для виконання службових дій. У багатьох випадках ці втручання можуть бути більш ефективними у зниженні ризику, ніж просто повідомлення місцевої поліції та потенційної жертви, відповідно до цивільного стандарту лікування, коли пацієнт не відповідає критеріям втручання через відсутність доказів серйозного психічного розладу.

Крім того, зазначаються в документі ознаки ризику для військовослужбовців з гоміцидальними думками.

Група ризику:

- Солдати, які заряджали й наводили зброю на членів своєї частини; випадки жорстокого поводження одного солдата з іншим траплялися по кілька разів на місяць.

- Солдати всіх рангів у стані гострої суїцидальної кризи, які заряджали зброю і прикладали собі до голови.

- Солдат, який у минулому мав клінічну депресію, був відсторонений від конвоїв/патрулів своєї частини, тому що без жодних причин стріляв у цивільних.

- Солдат, який брав участь у “жорстокій грі” з двома іншими солдатами, втратив контроль над ситуацією, коли інший солдат витягнув свій штик; солдат, якому погрожували, дістав свій 9-мм пістолет.

- Неодружені чи одружені солдати з рецидивом суїцидальної кризи після того, як дізналися, що солдати, з якими вони мали

сексуальний контакт, також мали сексуальні стосунки з іншими солдатами в частині.

- Солдати, які вживали алкоголь і мали войовничі, суїцидальні та/або гоміцидальні думки, а іноді нападали на інших солдатів або погрожували своєму підрозділові зброєю в стані алкогольного сп'яніння.

- Солдати, які робили спроби самогубства шляхом передозування ліків або ненавмисно передозували.

- Солдати, які билися головою об цегляні чи бетонні стіни (або ламали руки через те, що вдаряли ними об стіни), оскільки були сповнені люті через поведінку сержантів, товаришів по службі чи проблеми вдома.

- Старшини з нападами паніки й кошмарами після випадкової смерті іншого солдата.

- Солдати з гострими маніями та психотичними проявами.

- Солдати з серйозними симптомами тривоги типу ASD/PTSD, спричиненими бойовими операціями.

Методичне видання

ДОСВІД РОБОТИ В АРМІЇ США ТА АРМІЯХ ІНШИХ КРАЇН ЩОДО НЕДОПУЩЕННЯ ВТРАТ ОСОБОВОГО СКЛАДУ З ПРИЧИН, НЕ ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ВИКОНАННЯМ ЗАВДАНЬ ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМ

Методичний посібник

Агаєв Н.А., Кокун О.М., Герасименко М.В., Пішко І.О., Лозінська Н.С.

Підписано до друку 30.04.2018 р.

Формат 60x84/16

Папір офс. Шрифт TimesNewRoman. Друк. офс.

Ум. друк. арк.

Наклад 300 прим.