

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВИХ ТА НАПРЯМИ ЗАПОБІГАННЯ ЇЇ

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF MILITARY AND DIRECTIONS OF ITS PREVENTION

Стаття присвячена дослідженню психологічних чинників суїцидальної поведінки учасників та ветеранів бойових дій у зв'язку зі зростанням кількості суїцидів та раптових смертей внаслідок бойових дій на сході України. Тривале перебування військових у стані напруження призводить до виникнення посттравматичних стресових розладів, спричинює стійкі зміни в структурі особистості, набуті характерологічні риси, такі як безкомпромісність, конфліктність, агресивність, вже через кілька місяців після повернення призводять до появи дезадаптивних деструктивних реакцій. У контрактників та призовників набагато частіше, ніж у добровольців, спостерігаються депресивні настрої та суїцидальні нахили. До думок про самогубство призводить відсутність психологічної готовності до навантажень військових дій, що спричинює депресії, тривоги, відчуття безнадійності, порушення у здоров'ї сім'ї, збільшення кількості розлучень у сім'ях демобілізованих воїнів. Суїцид є не випадковою дією, а пошуком вирішення проблеми, виходом із психологічної кризи чи нестерпної ситуації, яка завдає інтенсивних страждань.

Психологічна допомога військовим та демобілізованим повинна полягати в первинній профілактиці та психоeduкації суїцидальних ризиків, які слід починати на етапі підписання контракту й проводити систематично в місці постійної дислокації на ротації, в умовах бойових дій, продовжувати психологічний супровід учасників бойових дій після звільнення з лав ЗСУ.

Психоeduкація має бути спрямована на формування саногенних диспозицій учасників бойових дій задля усвідомлення причин психологічної нестійкості та використання неконструктивних захисних програм поведінки, змінювати патогенні установки на саногенні, навчати інтроспекції та усвідомленню переживанню емоційних станів.

Ключові слова: суїцид, учасники бойових дій, АТО, саногенні диспозиції, психоeduкація, психопрофілактика.

The article is devoted to the study of psychological factors of suicidal behavior of participants and veterans of hostilities in connection with the growing number of suicides and sudden deaths due to hostilities in the eastern part of Ukraine. Prolonged stay of the military in a state of tension leads to post-traumatic stress disorders causes persistent changes in personality structure, acquired characteristics, such as uncompromising, conflict, aggression in a few months after return lead to maladaptive destructive reactions. Depressed moods and suicidal tendencies are much more common in contractors and recruits than in volunteers. Lack of psychological readiness for the burdens of hostilities, depression, anxiety, feelings of hopelessness, disturbances in the health of the family, an increase in the number of divorces in the families of demobilized soldiers leads to suicidal thoughts. Suicide is not an accidental action, but a search for a solution to a problem, a way out of a psychological crisis or an unbearable situation that causes intense suffering. Psychological assistance to the military and ex-combatants should consist in the primary prevention and psychoeducation of suicide risks, which should begin at the stage of signing the contract and conduct it systematically in the place of permanent deployment on rotation, in combat, and continue psychological support of combatants after their release from the Ukrainian military forces.

Psychoeducation should be aimed at forming sanogenic dispositions of combatants in order to conscious the causes of psychological instability and using of unconstructive protective programs of behavior, change pathogenic attitudes to sanogenic, teach introspection and conscious experience of emotional states.

Key words: suicide, participants of hostilities, anti-terrorist operation, sanogenic dispositions, psychoeducation, psychoprophylaxis.

УДК 159.9:616-130.3:355
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.20.7>

Матейко Н.М.

к.психол.н.,
доцент кафедри загальної та клінічної психології
Прикарпатський національний
університет імені Василя Стефаника

Постановка проблеми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кожні 40 секунд у світі вчиняється самогубство, а щороку ця цифра сягає від 800 тис. до 1 млн. суїцидів, при цьому спроб замахів на власне життя приблизно у двадцять разів більше. Війна на сході України є найвагомішою причиною збільшення кількості суїцидів в Україні. Станом на 2018 р. тільки в Києві за добу могло статися 5 суїцидів, тоді як раніше це був показник за місяць [4].

В зоні бойових дій суїциди трапляються майже щодня, причому після повернення додому кількість суїцидів та раптових смертей ветеранів АТО не припиняється. Як зазна-

чає голова парламентського комітету з питань охорони здоров'я Ольга Богомолець, з 2014 по 2017 рр. в Україні понад 100 військовослужбовців і демобілізованих із зони ветеранів Антитерористичної операції на Донбасі наклали на себе руки. Це молоді особи, яким не виповнилося 30 років [1].

За даними головного військового прокурора А. Матіоса, за період 2014–2016 рр. загинули 1 294 військовослужбовці, що кваліфікується як небойові втрати. Серед основних причин виділяють дорожньо-транспортні пригоди (112 осіб), отруєння наркотичними та алкогольними засобами (96 осіб), самогубства (259 випадків) та умисні вбивства (121 випа-

док), каліцтво й травматизм внаслідок нещасних випадків (148 осіб), наслідки неправильного поводження зі зброєю та боєприпасами (111 смертельних випадків), порушення заходів безпеки (40, а також 405 захворювань, що призвели до смерті військовослужбовців). Спираючись на дані Єдиного реєстру досудових розслідувань, головний військовий прокурор України повідомляє, що станом на 1 квітня 2018 р. серед 326 тисяч учасників АТО щонайменше 554 особи вчинили самогубство [3].

Серед хорватських ветеранів у період з 1991 р. до кінця 2014 р. виявлено 2 734 самогубства з тенденцією до його зростання серед ветеранів та зниження серед цивільного населення [2].

У в'єтнамській війні загинули 58 тисяч американців. Протягом наступних 10 років 60 тисяч ветеранів вчинили суїцид. Серед ветеранів американців, які брали участь у різних війнах, 50% мають алкогольну та наркотичну залежність, 25% покінчили з життям, тільки 25% змогли соціалізуватися [6].

За словами керівника «Федерації громадських організацій учасників АТО Київщини» В. Мостового, тільки у Київській області кількість самогубств від загальної кількості померлих ветеранів після повернення з війни коливається в межах від 11% до 22%.

Постановка завдання. Метою статті є розгляд психологічних чинників суїцидальної поведінки учасників та ветеранів бойових дій.

Виклад основного матеріалу дослідження. Феномен самогубства вперше в історії досліджував Е. Дюркгейм, який вважав, що суїцид спричинює ставлення суспільства до людини. Проблему суїциду досліджували також Е. Шнейдман, В. Штекель, Е. Шир та інші науковці, висуваючи власні погляди на його причини.

А.Г. Амбрумова вважає, що втрата особою ідеалів, ціннісних орієнтацій, які висвітлюють майбутню перспективу бажаного, живлять надії, є визначальною світоглядною основою суїцидонебезпечної соціально-психологічної дезадаптації в умовах мікросоціального конфлікту, яка передуює завершеним і незавершеним самогубствам як психічно здорових осіб, так і осіб з межовими порушеннями, патологічним розвитком характеру чи вираженими психічними порушеннями.

Як стверджує В.П. Москалець, «суїцидонебезпечною є позиція стосовно зміненої ситуації суб'єкта, яку він вбачає як безвихідну, безнадійну, програшну. Така ситуація може проявлятися у невідповідності, суперечливості сподівань особистості, її домагань, надій та реальних умов існування» [9, с. 48–49].

За даними проведених в Україні досліджень контрактників та призовників (перша група) і добровольців (друга група) було встанов-

лено, що посттравматичний стресовий розлад спостерігався у 94% першої групи, і тільки у 12% другої групи. Для першої групи здебільшого були характерні депресивні настрої (44%), суїцидальні нахили (76%), тоді як у групі добровольців цей показник становив 8% та 4% відповідно. Причому саме добровольці здебільшого проходили «гарячі точки» [5].

У дослідженні, проведеному Г.С. Росінським, встановлено ознаки патологічного постстресового реагування у вигляді психічної і поведінкової, а також сексуальної дезадаптації. Тільки 28% обстежених подружніх пар демонстрували успішність сімейних стосунків, тоді як у 72% були виявлені порушення у здоров'ї сім'ї, що призводило до збільшення кількості розлучень у сім'ях демобілізованих воїнів від 35% до 60% або навіть до 80%, тобто розлучається кожне десяте подружжя бійців, котрі повернулись додому [9, с. 187–192].

Таким чином, причинами суїциду часто є не тільки особистісні чинники чи психотравмуюча обстановка, але й соціально-економічна та моральна організація суспільства.

Поширеним явищем серед американських ветеранів, які побували в Іраку та Афганістані, є несуйцидальні самопошкодження, тобто цілеспрямоване заподіяння собі фізичної шкоди за відсутності свідомого суїцидального наміру. Водночас це показує підвищену ймовірність суїцидальної поведінки у тих, хто навмисне наносив собі ушкодження. З них 35% страждало ПТСР, у 21% діагностовано депресію, у 8% – алкогольний розлад. Kimbrel виявив сильний зв'язок між несуйцидальними самоушкодженнями та активними суїцидальними думками: у ветеранів, які мали самопошкодження, ймовірність активних суїцидальних думок була у 5 разів вищою [11].

До думок про самогубство, яке вважається єдиним виходом із кола страждань в осіб з хронічним ПТСР, часто призводить наявність депресії, тривоги, відчуття безнадійності. Про потребу в підтримці та допомозі також свідчать випадки схильності до ризикованої, бравурної поведінки на полі бою, коли військовий раптово починає рухатися в сторону супротивника, біжить по мінному полю, наполягає на ризикованих диверсійних та розвідувальних акціях, а також свідоме потрапляння в небезпечні ситуації, провокування конфліктів, бійок, неадекватне агресивне ставлення до навколишніх.

За даними досліджень, є два найбільш небезпечні періоди появи кількості самогубств, а саме перший місяць та шостий місяць перебування в зоні бойових дій. Основою суїцидальної поведінки завжди є конфлікт, який передбачає для особи наявність об'єктивних вимог, суб'єктивного ставлення до них (усвідомлення цих вимог, відчуття ступеня їх складності), оцінку власних можливостей

щодо подолання ситуації, яка створює передумови суїциду, та реальні дії особи в ситуації, що склалася.

Суїцидонебезпечною конфліктна ситуація стає тоді, коли військовий починає сприймати її як гранично складну, а власні можливості – недостатні, відчуває гостру фрустрованість власних потреб, що спонукає його вибрати суїцидальні дії як єдино можливі.

У зв'язку з цим особливої значущості набувають конфлікти, зумовлені особливостями несення військової служби, а також загальний стан здоров'я та соціально-побутові негаразди, проблеми в сімейному житті після повернення додому, коли родина стає додатковим психотравмуючим чинником, тим самим обтяжуючим важким психологічним станом комбатанта. Набуті характерологічні риси, такі як безкомпромісність, конфліктність, агресивність, вже через кілька місяців після повернення призводять до появи дезадаптаційних деструктивних реакцій.

Причинами суїцидальної поведінки військовослужбовців А.М. Романишин, Т.М. Мацевко, О.С. Капінус вважають конфлікти, які можуть бути зумовлені такими причинами:

- специфіка військової діяльності та військово-соціальної взаємодії (тривала участь у військових діях, перебування на значній відстані від опорних пунктів, блокпостів; недостатня згуртованість підрозділу, що призводить до труднощів адаптації; наявність міжособистісних конфліктів зі співслужбовцями, підлеглими, начальниками; перебування в обмеженому просторі та в обмеженому колі спілкування);

- особливості сімейних взаємин військового (проблеми у стосунках, статева неспроможність, зрада дівчини, розлучення, важка хвороба чи смерть близьких);

- антисоціальна поведінка військового, зокрема зловживання спиртним, наркотичними речовинами;

- загальний стан здоров'я військового, зокрема хронічні соматичні захворювання, фізичні вади, психічні захворювання та матеріально-побутові умови [7, с. 55–57].

Очевидно, що тривале перебування у стані напруження призводить до виснаження адаптаційних ресурсів, психологічні та фізіологічні можливості вичерпуються, що сприяє виникненню посттравматичних стресових розладів. В учасників бойових дій психологічні зміни можуть спостерігатися як окремими розрізненими симптомами, так і у вигляді синдрому.

Емпіричне дослідження проводилося на базі військової частини смт. Черкаське Новомосковського району Дніпровської області, що перебуває в зоні АТО. Серед усіх обстежених 43% мають бойовий досвід і були під впливом екстремальної травматичної події, пов'язаної із загибеллю, серйозними пораненнями,

а також існувала загроза власної загибелі або поранень, а також цілком вірогідно в момент перебування в травматичній ситуації відчували інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності, тому цілком природно, що «клінічна картина» особистісних порушень характеризується відчуттями спустошеності, безнадії, власної змінності, відчуттям того, що життя протікає ніби «на межі» та «за постійної загрози».

У військових найбільш часто зустрічається реакція вторгнення, а саме у 53,3% військових у попередньому дослідженні та 60% у повторному дослідженні. Після повернення із зони АТО частота всіх категорій збільшується. Реакція вторгнення також є частою і зустрічається у 57%. Частота реакції «фізіологічна збудливість» зростає в повторному дослідженні вдвічі із 20% до 27%. Щодо почуття провини та суїцидальних схильностей, то вони рідко зустрічаються як у першому, так і другому дослідженні (20%).

За критерієм психопатологічної симптоматики у військовослужбовців найчастіше зустрічається obsesивно-компульсивна симптоматика та депресія (43%). Частими також є міжособистісна сенситивність, паранояльні тенденції та психотизм (40%). 63% обстежуваних демонструють посилення симптоматичного дистресу у відповідях, що відображає наявність паранояльних тенденцій та психотизму. Обстежувані демонструють посилення симптоматики у показнику загальної важкості симптомів (GST).

Для того щоб вижити в бойовій обстановці, людина повинна повністю перебудувати особливості сприйняття ситуації, зокрема рівень пильності, швидкість реакцій, стиль поведінки, систему стосунків до оточення, людей, до себе. Така перебудова, в цьому разі пристосування до режиму бойової життєдіяльності, стрес-факторів війни, відбувається з кожним її учасником і називається бойовим стресом. Бойовий стрес є багаторівневим процесом адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напруженою механізми реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін.

Отже, психіка людей, яка перебудувалася під потреби бою чи перебування в тривалих багаторічних важких подіях або ситуаціях (ув'язнення, тортури, реальна загроза власної загибелі тощо), призводить до стійких змін у структурі особистості, стає не пристосованою до мирної обстановки, звичних цінностей суспільства і вважається окремим психічним розладом. В мирній ситуації це призводить до появи додаткової психотравматизації ветеранів та неприйняття наявних соціальних цінностей, розвитку асоціальних форм поведінки [2, с. 11].

Провідний американський суїцидолог, засновник та керівник центрів досліджень та профілактики самогубств у США, засновник Американської Асоціації Суїцидології, автор багатьох книг та статей Едвін Шнейдман, спираючись на положення Стівена Пепперса (1942 р.), Генрі Мюррея (1938 р.) та Джеймса Міллера (1978 р.), виводить загальні, спільні риси самогубств.

Едвін Шнейдман вважає, що суїцид завжди є не випадковою дією, а пошуком рішення, своєрідним вирішенням проблеми, дилеми, виклику, виходом із психологічної кризи чи нестерпної ситуації, проблеми, яка стоїть перед людиною і завдає їй інтенсивних страждань [10].

Парадоксальним чином суїцид є одночасно рухом, втечею до повного припинення усвідомлення нестерпного душевного болю, гідним виходом із нестерпної ситуації за наявності в особі надмірного душевного хвилювання, сильного рівня тривоги й високого летального потенціалу, що є трьома обов'язковими складовими частинами суїциду. При цьому смерть стає ніби побічним продуктом. Якщо припинення потоку свідомості – це те, до чого рухається суїцидент, то душевний біль, метабіль, біль від відчуття болю – це те, від чого він прагне втекти. У клінічній суїцидології є правило, згідно з яким зниження інтенсивності страждання хоча би на йоту допомагає людині вибрати життя.

Буває безліч безглузких смертей, але ніколи не буває безглузких і безпідставних самогубств. Загальний стресор під час суїциду відбувається через нереалізовані, незадоволені, фрустровані психологічні потреби, і якщо їх задовольнити, то суїцид не виникне.

В суїцидальному стані переважно виникає відчуття безпорадності та безнадійності, які в основі мають глибокі переживання сорому, почуття провини, фрустрованості. Психологічна допомога людині, яка перебуває в стані душевного сум'яття з вираженими летальними тенденціями, повинна полягати у зниженні їх інтенсивності шляхом непрямого впливу за допомогою зменшення емоційної напруги і сум'яття. Зовсім недоцільно впливати шляхом умовлянь, роз'яснювальних бесід, осуду, чиненням тиску тощо.

Людина амбівалентно ставиться до суїциду: вона відчуває потребу здійснити його і одночасно бажає (і навіть планує) порятунк і втручання інших. Переважаючим станом психіки під час суїциду є звуження когнітивної сфери, а саме стан афективного звуження свідомості з обмеженим використанням інтелектуальних можливостей, тому важливими є протидія звуженню думок, спроби розсунути психічні шори й збільшити число варіантів вибору, які б виходили за межі тільки двох: або чарівне розв'язання проблем, або смерть. Основною дією

під час суїциду є втеча (егресія), яка є дещо іншою, ніж просто піти. Це потреба одноментно покінути з усім, піти назавжди, змінити ситуацію радикально й безповоротно.

Комунікативною дією під час суїциду є не ворожнеча, лють чи руйнування і навіть не замкнутість, а повідомлення про свій намір. Незважаючи на амбівалентні почуття, людина свідомо чи несвідомо подає сигнали лиха, скаржиться на безпорадність, волає про допомогу, шукає можливості порятунку. Здатність їх розпізнавання дає змогу здійснити превенцію суїциду. Закономірною є відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю (паттернам) поведінки людини протягом життя. Таким чином, суїцид є свідомою дією самознищення, багатовимірним патологічним станом людини, котра стикається з нестерпною проблемою.

В зарубіжних країнах функціонують різноманітні системи психологічної реабілітації ветеранів та військовослужбовців. Зокрема, у США створено Департамент у справах ветеранів (ВА), у власності якого перебувають медичні центри, амбулаторні клініки на рівні громади, центри ветеранів, ветеранські кризові лінії та інші інформаційно-просвітницькі структури.

В Грузії під час роботи з учасниками бойових дій використовуються індивідуальні та групові форми, створені психологічні консультативні центри, функціонує телефонна екстрена психологічна допомога, проводиться систематичне психологічне навчання командирів підрозділів, які працюють індивідуально з підлеглими, а саме учасниками бойових дій.

Ізраїльська система психологічної допомоги військовим, крім підрозділу діагностики, профілізації та профорієнтації, підрозділу психологічної підтримки військовослужбовців, служби підтримки цивільного населення під час кризових ситуацій та служби роботи із сім'ями постраждалих, передбачає окремий підрозділ реабілітаційної роботи з демобілізованими. Робота підрозділу спрямована на психологічний супровід ветеранів та військових після демобілізації, здійснює підготовку родичів перед їх поверненням додому. Підрозділ розробляє реабілітаційні програми, створює центри анонімної психологічної допомоги та психологічного супроводу бійців з інвалідністю, бойовою психічною травмою, а також надає соціальну допомогу у питаннях профорієнтації, працевлаштування, організації бізнесу самотнім солдатам та ветеранам, особам з девіантною поведінкою [8, с. 50–53].

В Україні на базі науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України створено реєстр суїцидів серед військовослужбовців і демобілізованих із зони АТО.

Згідно з українським законодавством, після закінчення служби в ЗСУ у військових змінюється статус, вони стають цивільними особами, а в разі виникнення симптомів ПТСР мають отримувати допомогу у психіатричній лікарні, при цьому випадок суїциду не буде класифікуватися як суїцид ветерана бойових дій. Таким чином, ветерани АТО, а також службовці добровольчих батальйонів є найбільшою групою ризику й потребують психологічного супроводу.

15 травня 2017 р. Кабінетом Міністрів прийнято Постанову, згідно з якою у всіх бойових частинах будуть введені посади військових капеланів, котрі мають працювати в бойових бригадах. Перед початком роботи вони мають пройти співбесіду з командирами військових частин та отримати призначення.

Крім того, необхідно здійснювати безперервний психологічний супровід та психологічну реабілітацію учасників бойових дій на всіх рівнях. Ми вважаємо, що психологічна допомога військовим із високим суїцидальним ризиком перш за все повинна полягати в первинній профілактиці та психоедукації. Психоедукацію слід починати ще на етапі підписання контракту та проводити її систематично як у місці постійної дислокації, так і на початку бойової підготовки, оскільки велика кількість осіб, які йдуть на військову службу, залишаються цілковито не готовими до психологічних навантажень військових дій.

На етапі кризової інтервенції психологічна допомога повинна полягати в наданні дружньої підтримки (біфрендінг), контейнеруванні задля попередження незворотного.

Завдання первинної профілактики суїциду полягає в підвищенні освітнього рівня, поширенні інформації щодо ознак самогубства, усвідомленні того, що допомогу людині з важким нестерпним емоційним станом може надати кожен.

Основне завдання психоедукації має полягати у формуванні саногенних диспозицій учасників бойових дій. Саногенне мислення є основним психологічним механізмом, який дає змогу усвідомити причини психологічної нестійкості та неконструктивні захисні програми поведінки, передбачає не просто заміну патогенних установок на саногенне, але й навчання інтроспекції та усвідомленню процесів мислення, розумових операцій, які викликають переживання. Саногенна рефлексія спрямована на регуляцію емоційних станів людини через розпізнавання розумових автоматизмів, захисної рефлексії та психологічних захистів від негативних переживань. Саногенна рефлексія дає можливість індивіду зберігати

психологічну стійкість до умов середовища, які постійно змінюються.

Крім того, варто створювати державні установи, такі як Міністерство у справах ветеранів, мережа центрів ветеранів АТО, де ветерани зможуть зустрічатися, спілкуватися один з одним та мати постійний доступ до психологічної допомоги.

Висновки з проведеного дослідження. Таким чином, врахування зв'язку між психологічним та соціально-економічним статусом і суїцидальною поведінкою передбачає не тільки здійснення систематичного психологічного супроводу військових, але й покращення заходів соціального захисту, сприяння працевлаштуванню, відтермінування виплати кредитів, забезпечення профілактики суїциду на державному та місцевому рівнях.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Богомолець О.В. В Україні з 2014 року понад 100 ветеранів АТО вчинили суїцид. URL: <https://cutt.ly/dh1PAzх>.
2. Комар З.О. Психологічна стійкість воїна : підручник для військових психологів. Київ, 2017. 128 с.
3. Матіос А. Небойові втрати за час АТО. URL: <https://p.dw.com/p/1J4oB>.
4. Матяш М. Лише в Києві та області реабілітації потребують 20 тисяч учасників війни на Донбасі. URL: medpsyrehab.com.ua/articles/acceptance-and-commitment-therapy-godalming.
5. «Не називайте їх АТОшниками»: психологія учасників бойових дій. *Fakty.cv.ua «Чернівці-Інфо»*. 2018. 20 квітня. URL: <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykamy-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii> (дата звернення: 04.09.2018).
6. Овчарова Л.М. Проблема суїцидальної поведінки військовослужбовців та заходи із запобігання суїцидів в збройних силах. *Репортер Приазовського державного технічного університету. Секція: Соціально-гуманітарні науки та публічне адміністрування*. 2018. Вип. 2. С. 53–56.
7. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Т. 1. Київ, 2018. 208 с.
8. Романишин А.М., Мацевко Т.М. Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців : навчально-методичний посібник. Львів : НАСВ, 2017. 42 с.
9. Росінський Г.С. Порівняльний аналіз персоналогічних властивостей демобілізованих учасників бойових дій та їх дружин в залежності від стану здоров'я сім'ї. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24. № 4 (95). С. 187–192.
10. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии. URL: http://rumagic.com/ru_zar/sci_psychology/mohovikov/0/j44.html.
11. Pompili M., Sher L., Serafini G., Forte A. et al. Posttraumatic Stress Disorder and Suicide Risk Among Veterans: A Literature Review. URL: https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2013/09000/Posttraumatic_Stress_Disorder_and_Suicide_Risk.12.aspx.