

## СУЇЦИДАЛЬНИЙ НАМІР: ДІАГНОСТИКА, ФРУСТРАЦІЯ, ПРОФІЛАКТИКА

### SUICIDAL IDEATION: DIAGNOSIS, FRUSTRATION, PREVENTION

Вирішити, варте чи не варте життя того, щоб його гідно прожити, означає дати відповідь на фундаментальне питання буття людини. Усі інші питання на його тлі стають другорядними. Грунтуючись на твердженні Серена К'єркегора, у науковій статті характеризуються результати психологічної роботи з особами, у діях яких проявляються ознаки суїцидальної поведінки.

У презентації шкали суїцидального мислення особистості показано її кореляційні зв'язки з різними параметрами суїцидальної поведінки особистості, а також окреслено психологічні змінні, які посідають панівні позиції в діагностиці суїцидальних намірів особистості, на протиположних демографічних і професійних компонентах. Наголошено, що шкала суїцидального мислення на етапі підготовки суїциду дає змогу оцінити активне суїцидальне бажання, пасивне суїцидальне бажання та підготовчі дії суїцидента. Доведено, що шкала дає змогу, з високим рівнем достовірності, диференціювати дві групи осіб: які здійснили суїцидальний замах; які не мають такої дії в анамнезі.

Велика увага на сторінках статті приділена психопрофілактиці суїцидальної поведінки. З'ясовано, що, окрім виявлення змін у поведінці особистості, які сигналізуватимуть про суїцидальний намір особистості, дієвим механізмом профілактики є встановлення в діях людини ступеня вираження таких ознак, як: надія й оптимізм; прийняття та розуміння себе; здатність віддавати перевагу життю в будь-яких складних обставинах; ідентичність особистості; уміння віднаходити сенс своєї діяльності; постійне розширення власних можливостей, а також установа кола осіб, з якими контактує потенційний суїцидент. Уважаємо, що окреслені ознаки дають підставу психологу декодувати їх як резервний потенціал особистості.

Запропонована методологія профілактичної бесіди проливає світло на специфіку спілкування психолога з потенційним суїцидентом, показує психологічні нюанси, які варто брати до уваги для відвернення думок людини від суїцидального наміру.

**Ключові слова:** суїцид, суїцидальна поведінка особистості, фрустрація, оцінка суї-

цидального мислення, психолог, профілактична бесіда.

To decide whether life is worth living with dignity or not means to answer the fundamental question of human existence. All other questions in comparison become secondary. Based on the statement of Søren Kierkegaard, the article describes the results of psychological work with people whose actions show signs of suicidal ideation.

Presenting the scale of suicidal thinking of a person, its correlations with various parameters of suicidal ideation are shown. Psychological characteristics that are predominant in the diagnosis of suicidal ideation as opposed to demographic and professional components are outlined. It is emphasised that the suicidal thinking scale at the stage of suicide preparation allows assessing active suicidal desire, passive suicidal desire and preparatory actions of the suicide. It is proved that the scale allows, with a high level of reliability, to differentiate between two groups of people: those who have made a suicide attempt; those who do not have such an experience.

The article pays attention to the psychopathology of suicidal behaviour. It has been found that in addition to identifying changes in a person's behaviour, which would signal a person's suicidal ideation, an effective preventive mechanism is to determine the degree of the expression of the following signs in the person's behaviour: hope and optimism; acceptance and understanding of oneself; ability to prefer life in any difficult circumstances; personal identity; ability to find meaning in one's activities; constant expansion of own capabilities, as well as establishing a group of people with whom a person with suicidal ideation stays in contact. We believe that these features allow a psychologist to decode them as a reserve potential of a personality.

The suggested methodology of a preventive conversation sheds light on the peculiarities of communication between a psychologist and a person who can potentially commit suicide. This shows which psychological nuances should be taken into account in order to divert person's thoughts from suicidal ideation.

**Key words:** suicide, suicidal behaviour, frustration, assessment of suicidal thinking, psychologist, preventive conversation.

УДК 159.97:013.42.356.13  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.52.32>

#### Хміляр О.Ф.

д.психол.н., професор, полковник,  
начальник кафедри суспільних наук  
Національний університет оборони  
України

#### П'янківська Л. В.

к.психол.н.,  
старший науковий співробітник науково-  
дослідної лабораторії психологічного  
забезпечення  
Державний науково-дослідний інститут  
Міністерства внутрішніх справ України

*Суїцидальна людина розміщує свій психологічний скелет у шафі живих рідних і близьких осіб.*

Едвін Шнейдман

#### Постановка проблеми та її значення.

Діагностувати суїцидальну поведінку особистості, навіть за допомогою валідного психодіагностичного інструментарію, – справа непроста. Людина стає на шлях самогубства в особливу, надзвичайну хвилину життя. Цієї мить її психіка переживає цілковиту безнадію, відчай, які звужують її думку та витісняють інші психічні стани [1]. Самогубство – неоднорідне

явище, найімовірніше, це благаання про допомогу. Перед суїцидальним замахом, наміром, спробою людина відчуває неймовірні душевні муки. За нашими даними, лише десять відсотків осіб, які вчинили самогубство, насправді хотіли померти. Людина вдається до самогубства через втрату сенсу життя, нужду; від безсилля, сорому, зради, некомпетентності, втрати честі; унаслідок нерозділеного кохання, сильної пристрасті, нещасливого сімейного життя; через невиліковну хворобу та страх страждань [1; 2]. Опинившись у таких обставинах життя, людина немовби ідеалізує самогубство. Установлено, що 99% осіб перед скоєн-

ням суїцидального замаху чітко усвідомлюють, що не хочуть розлучатись із життям, але внаслідок непереборних обставин не здатні самостійно запобігти цьому.

Незважаючи на багатовікові дослідження, самогубство продовжує залишатися однією з десяти основних причин смерті в багатьох країнах світу. Нині самогубство вивчається в лоні технологічних, філософських, моральних, психіатричних, антропологічних, психологічних, правничих, епідеміологічних і соціологічних наук, що дає право трактувати його в мультидисциплінарному вимірі. У цьому контексті пошук дієвих механізмів, психологічних технік і методик, здатних допомогти діагностувати ступінь суїцидальної небезпеки поведінки особистості, виміряти схильність людини до суїцидального замаху, ідентифікувати осіб, які в окремі періоди життя, перебуваючи у стані афекту, фрустрації, можуть вдаватися до суїцидальної спроби, і тим самим запобігти суїциду, виробити дієві заходи профілактичного спектра продовжує зберігати свою актуальність.

Зроблений нами **аналіз досліджень і публікацій** за останні п'ятдесят років дає підстави стверджувати, що окреслена вище проблема розв'язується головним чином шляхом оцінки психологічних, психіатричних, професійних і демографічних змінних. Аналіз наукових праць, присвячених пошуку ефективних шляхів оцінки суїцидальних ризиків [3; 4], перехресне зіставлення результатів вітчизняних (О. Кокун) і зарубіжних (А. Беск (A. Beck), Т. Браун (T. Brown), Д. Лестер (D. Lester), М. Ковач (M. Kovacs), А. Вейсман (A. Weissman)) учених [5–7] засвідчує, що такі стандартні психологічні інструменти, як тест Роршаха, ТАТ, ММРІ, методика «Карта ризику суїциду», коротка скринінгова шкала суїцидальності Пейкеля, скринінг-тест для виявлення суїцидальної поведінки, не дають змоги розрізнити осіб, схильних і не схильних до суїциду, і не можуть визнаватися дієвими профілактичними засобами суїцидального ризику.

Згідно з науковими поглядами О. Красницької профілактика суїцидальної поведінки має спрямовуватись на зменшення негативного впливу чинників суїцидального ризику та локалізацію негативних проявів у поведінці чи суїцидальних намірах особистості. Реалізовувати її варто як на *мікрорівні* – за допомогою розроблення й упровадження комплексних програм, так і на *індивідуальному рівні* – за безпосередньої праці психологів, психотерапевтів, психіатрів із потенційними суїцидентами чи їх виявлення під час психологічного обстеження, бесід, спостереження за поведінкою кожного, особливо в ті періоди, коли на особу впливає значна кількість різноманітних стресогенних чинників, наприклад під час участі в бойових діях чи перебування в екстремальних умовах [8, с. 91].

У профілактиці суїцидальної поведінки, як пише О. Красницька, важливе місце посідає її діагностика, своєчасне декодування в поведінці осіб таких проявів, як: зміна стереотипу поведінки (розірвання соціальних контактів, прагнення до усамітнення, неадекватний ситуації піднесений настрій, зухвала поведінка), так зване «прощання» (роздача боргів, подарунків, написання прощальних листів, заповіту), фантазії та думки про смерть, самоушкодження, самогубство, «репетиції суїциду» (публічна демонстрація петлі, гра зі зброєю з імітацією вбивства себе), словесні суїцидальні загрози («я накладу на себе руки», «не хочу бути більше тягарем», «тепер я нікого не потурбую», «ви мене більше не побачите»), раніше скоєні суїцидальні спроби, накопичення засобів суїциду (медикаментів, патронів, ріжучих предметів) [8, с. 92].

Відповідно до позиції В. Сулицького, варто окреслити три тактики запобігання самогубствам, як-от: 1) ситуація до виникнення наміру про позбавлення себе життя (тактика профілактичних дій); 2) ситуація виникнення суїцидального наміру (тактика відвернення дій); 3) ситуація замаху на суїцид (тактика припинення суїцидального акту) [9, с. 161].

За даними Ю. Сокол (Y. Sokol), С. Андрусер (S. Andrusier), С. Глатт (S. Glatt) та інших авторів [10], у роботі з особами, у діях яких діагностовано прояви суїцидальної поведінки, важливо з'ясувати ступінь вираження в них таких ознак: надії й оптимізму, прийняття та розуміння себе, здатності обирати життя в будь-яких складних обставинах, ідентичності особистості, уміння знаходити сенс своєї діяльності, постійного розширення власних можливостей, а також установити коло осіб, з якими контактує людина.

Солідаризуючись із науковими пошуками Д. Лестер (D. Lester) [7], уважаємо, що найбільш ефективна психодіагностична методика має містити спеціально розроблені шкали, що охоплюватимуть різноманітні ознаки суїцидальної поведінки.

Виходячи з вищевикладеного, **мета** статті полягає в розкритті змісту дослідницького інструменту, спрямованого на виявлення та декодування суїцидального мислення особистості, і окресленні профілактичних заходів роботи психолога з особами, у діях яких виявлено ознаки суїцидальної поведінки.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Одразу зауважимо, що в оцінюванні та прогнозуванні особливостей прояву складових частин суїцидальної поведінки особистості варто ґрунтуватись на двох методологічних підходах щодо валідизації інструментів вимірювання й окреслення відповідних критеріїв. Найбільш бажаною стратегією валідизації психологічного інструментарію, спрямованого

на діагностику складових частин суїцидальної поведінки особистості, є його апробація на групі осіб із високим суїцидальним ризиком. Проте порівняно рідкісні випадки завершених самогубств у загальній популяції роблять такого роду дослідження складними, дорогими та потребують пролонгованих інтервалів спостереження. Окрім того, у багатьох дослідженнях дані, зібрані після суїцидальних спроб, намірів, замахів чи навіть завершеного суїциду, фактично окреслюють наслідки, а не передумови цільової суїцидальної поведінки [5].

У своїх наукових розвідках щодо визначення групи критеріїв суїцидальної поведінки ми спираємось на тристоронню класифікацію, розроблену Національним інститутом психічного здоров'я (США), яка включає завершений суїцид, суїцидальний замах і суїцидальні наміри (ідеї). Кожна з них потребує відповідної оцінки щодо стійкості наміру покінчити із життям, медичної летальності обраного способу та фактичного суїцидального замаху.

Упродовж останніх тридцяти років увага провідних суїцидологів світу спрямована на вивчення суїцидальної поведінки осіб, які вдалися до суїцидальних замахів, і тих, хто завершив життя суїцидом. Основний фокус дослідження суїцидальних замахів спрямовано на з'ясування внутрішніх і зовнішніх суїцидальних чинників і декодування стратегії майбутньої поведінки [5–7; 10]. Спираючись на теоретико-методологічні засади, закладені у працях А. Беск (A. Beck), Т. Браун (T. Brown), Д. Лестер (D. Lester), М. Ковач (M. Kovacs), А. Вейсман (A. Weissman) щодо медичної летальності суїцидальних замахів, ми прагнемо описати стратегію поведінки «ідеаторів» суїциду, тобто осіб, які тривалий час (на поточну мить) виношують (мають) плани та бажання вчинити суїцид, але ще не зробили відкритої спроби самогубства.

Оскільки суїцидальні думки логічно передують суїциду, спробі, наміру, замаху, пресуїциду, вважаємо за доцільне зосередитись на інтенсивності, поширеності та характеристиках суїцидальних ідей і тим самим усебічно оцінити подальший суїцидальний ризик.

Запропонована нами шкала є передусім дослідницьким інструментом, що забезпечує виявлення та декодування суїцидального мислення (думок) та їх корелятивів. Головний наголос у шкалі зроблено на відповідних психологічних змінних (природі суїцидального бажання), на відміну від демографічних чи професійних змінних (вік, стать, сімейний стан, раса, професія). Хоча професійно-демографічні змінні важливі для розмежування груп осіб із високим ризиком самогубства та мають практичну цінність в оцінці конкретної особи, вони можуть бути менш дієвими в загальній клінічній картині дослідження, коли ми прагнемо дослідити психологічні кореляти суїцидальних намірів чи зміни цільової поведінки як функції часу.

**Кореляційні показники Шкали для оцінки суїцидального мислення.** Найчастіше Шкала для оцінки суїцидального мислення (Scale for Suicidal Ideation; SSI) [5] подається у формі напівструктурованого інтерв'ю, що містить 21 пункт. Загальна сума балів є підставою для визначення суїцидального ризику. Перевага Шкали перед іншими методиками полягає в тому, що вона дає змогу оцінити три складові частини суїцидального мислення: а) активне суїцидальне бажання; б) пасивне суїцидальне бажання; в) підготовчі дії. У таблиця 1 нами показано кореляційні прояви кожного з параметрів, що оцінюються під час інтерв'ю. До клінічно значущого «порога» суїцидального ризику більшість дослідників відносить 6 б. і більше.

Таблиця 1

**Кореляційні показники Шкали для оцінки суїцидального мислення**

Параметри, що підлягають оцінюванню	Показники кореляції
1	2
<b>I. Ставлення до життя/смерті</b>	
1. Бажання жити:	0,57**
0. Від помірного до сильного.	
1. Слабке.	
2. Відсутнє.	
2. Бажання померти:	0,69**
0. Відсутнє.	
1. Слабке.	
2. Від помірного до сильного.	
3. Доводи на користь життя/смерті:	0,71**
0. Доводів на користь життя більше, ніж на користь смерті.	
1. Приблизно однаково.	
2. Доводів на користь смерті більше, ніж на користь життя.	

1	2
4. Бажання зробити активну суїцидальну спробу:	0,74**
0. Відсутнє.	
1. Слабке.	
2. Від помірного до сильного.	
5. Пасивна суїцидальна спроба:	0,61**
0. Ужив би запобіжних заходів, щоб залишитися в живих.	
1. Здатися на долю (наприклад, вийшов би на проїжджу частину на жвавій вулиці).	
2. Не зробив би нічого для того, щоб залишитися в живих (наприклад, припинення прийому інсуліну діабетиком).	
<b>II. Характеристики суїцидальної ідеаторної активності</b>	
6. Тривалість думок:	0,71**
0. Скороминущі.	
1. Досить тривалі.	
2. Невідступні.	
7. Частота:	0,69**
0. Виникають дуже рідко.	
1. То виникають, то зникають.	
2. Не відпускають.	
8. Ставлення до суїцидальних думок/бажань:	0,64**
0. Негативне;	
1. Амбівалентне, індиферентне.	
2. Згода.	
9. Контроль над суїцидальною поведінкою:	0,38**
0. Упевнений, що може протистояти суїцидальним думкам/бажанням.	
1. Не впевнений у цьому.	
2. Не контролює себе.	
10. Чинники, що стримують (сім'я, релігійні переконання; можлива інвалідизація в разі безуспішної спроби; незворотність учинку):	0,65**
0. Не вчинить самогубства через чинники, що стримують (назвати їх).	
1. Бере до уваги чинники, що стримують.	
2. Не думає про чинники, що стримують.	
11. Причини можливої суїцидальної спроби:	0,58**
0. Маніпулювати оточенням, привернути до себе увагу, помститися комусь.	
1. Поєднання «0» і «2».	
2. Покласти край стражданню, разом вирішити всі проблеми.	
<b>III. Характеристики можливої суїцидальної спроби</b>	
12. Метод (ступінь продуманості):	0,43**
0. Не обміркований.	
1. Обміркований у загальному вигляді.	
2. Детально опрацьований.	
13. Ступінь доступності методу та наявність можливості для здійснення суїциду:	0,41*
0. Недоступний у принципі (можливість відсутня).	
1. Для підготовки потрібен час (натепер немає можливості).	
2. Метод доступний, можливість є.	
14. Суб'єктивно відчувається здатність до скоєння суїциду:	0,52**
0. Уважає, що йому не вистачить сміливості або що в нього не вийде накласти на себе руки.	
1. Не впевнений у тому, що йому вистачить сміливості або що в нього вийде накласти на себе руки.	
2. Упевнений у власній сміливості та компетентності.	
15. Очікування/можливість суїцидальної спроби:	0,59*
0. Ні.	

1	2
1. Слабке (під сумнівом).	
2. Є.	
IV. Реалізація можливого суїциду	
16. Реальна підготовка:	0,41*
0. Ні.	
1. Часткова (наприклад, почав запасатися таблетками).	
2. Завершена (має досить таблеток, заряджений пістолет тощо).	
17. Передсмертна записка:	0,38
0. Ні.	
1. Лише почав складати (лише обмірковує).	
2. Написана.	
18. Останні дії та вказівки (оформлення заповіту, страховки на близьких, подарунки друзям і родичам тощо):	0,54*
0. Ні.	
1. Думає про це (зробив деякі вказівки).	
2. Зробив усі необхідні вказівки.	
19. Приховування суїцидальних намірів:	0,19
0. Висловлює їх відкрито.	
1. Не говорить про них.	
2. Приховує їх.	
V. Передумови для здійснення суїциду	
20. Наявність суїцидальних спроб у минулому:	0,58**
0. Ні.	
1. Одна.	
2. Кілька.	
21. Бажання померти після останньої суїцидальної спроби:	0,32
0. Слабке.	
1. Амбівалентні почуття.	
2. Сильне.	

Примітка: n = 114 осіб. \*p < 0,05; \*\*p < 0,01.

Нині SSI стандартизована як для пацієнтів, що проходять лікування (обстеження) у психіатричних відділеннях, так і для осіб, які перебувають у пунктах невідкладної допомоги, проходять психореабілітацію у психореабілітаційних центрах [11]. Шкала SSI дає змогу достовірно диференціювати дві групи осіб: 1) які здійснили суїцидальний замах; 2) які не мають такої дії в анамнезі. Установлено, що загальний бал SSI має кореляційні зв'язки з інтенсивністю суїцидального мислення окремо взятого індивіда.

В оцінці ступеня суїцидальної небезпеки також важливу роль відіграє **профілактична бесіда з потенційним суїцидентом**. Згідно з підходами низки авторів [3; 12; 13], психолог має відшукати ключ для розкриття суїцидального задуму людини. Імовірними ознаками, які свідчатимуть про суїцидальну небезпеку, виступатимуть: а) суїцидальні погрози, що передують спробі самогубства; б) тривала депресія; в) значні зміни поведінки; г) стан безпорадності (безнадійності) особистості; г) почуття самотності й ізольованості. Е. Гроллман слушно наголошує, що ніколи не варто

виключати думки, згідно з якою впевнена, поміркована у своїх діях і вчинках людина не здатна зважитись на самогубство. Не варто також дозволяти іншим вводити психолога в оману щодо несерйозності конкретної суїцидальної ситуації. Небезпека, згідно з якою психолог перебільшить потенційну загрозу, – ніщо порівняно з тим, що хтось може загинути через його неналежне втручання [3; 13].

Суїцидент у взаємодії із психологом завжди має відчувати турботливе, емпатійне ставлення до себе. Психологу не варто вдаватися до моралізування. Краще віддати перевагу психологічній підтримці. Тривожна особистість, яка страждає від самоосуду, глибокої негативної рефлексії, не до кінця усвідомлює свої дії. Для людини, яка відчуває себе непотрібною, покинутою, обділеною в любові та підтримці, турботлива участь чуйного психолога – потужний підбадьорливий засіб, дієвий спосіб проникнення в ізольовану душу зневіреної людини.

Виходячи з наших спостережень, потенційні суїциденти досить сильно страждають від

почуття відчуження. Через це вони не завжди готові прийняти поради психолога. Значно частіше вони потребують обговорення свого душевного болю, фрустрації. Варто пам'ятати, що людина, яка страждає від депресії, має більше розповідати сама, аніж слухати поради психолога. Оскільки такій людині важко зосередитися на чомусь конкретному, окрім своєї безвиході, психолог надаватиме неоціненну допомогу, якщо слухатиме все, що відображає почуття цієї людини: її сум, провину, страх, гнів, злість, лють. Виходячи з того, що основні передвісники самогубства часто завуальовані, досвідченим психологом вони мають бути належним чином декодовані для конструктивної роботи із суїцидентом.

У колі психологів тривалий час точаться дискусії про те, чи варто сперечатися із суїцидентом, докоряти йому. Наша відповідь – ні. Стикаючись із суїцидальною загрозою, друзі, родичі, близькі особи часто відповідають: «Подумай! Ти живеш значно краще за інших людей! Тобі варто дякувати долі!». Уважаємо, що такого роду висловлювання блокують подальше обговорення, уводять потенційного суїцидента у стан пригніченості та сприяють зворотному ефекту.

Непоодинокими в роботі із суїцидентами є й такі зауваження: «Чи усвідомлюєш ти, які нещастя й ганьбу ти накличеш на свою сім'ю?». Не варто виключати, що за такого роду зауваженням приховується саме та думка, яку бажає здійснити суїцидент. Психолог у жодному разі не має проявляти агресію, якщо він присутній під час розмови про самогубство, демонструвати та висловлювати потрясіння від почутого. Дискусією із пригніченою людиною психолог може не лише програти суперечку, але й втратити її саму [3].

У взаємодії з людиною, яка виношує думки про самогубство, варто поставити їй такі запитання: «Відколи Ви вважаєте своє життя настільки безнадійним?», «Чому у Вас з'явилися ці почуття?», «Чи є у Вас конкретні міркування про те, яким чином накласти на себе руки?», «Якщо Ви раніше думали про самогубство, то що Вас зупиняло?». Згода психолога вислухати й обговорити те, чим хочуть із ним поділитися, стане значною розрадою для зневіреної людини, яка відчуває страх, що її осудять, і готова до того, щоб покінчити життя самогубством [3].

Суїцидальні постаті презирливо ставляться до зауважень на кшталт: «Нічого, усі переживають такі ж проблеми», аналогічних кліше, оскільки вони різко контрастують з їхніми душевними муками. Ці висновки лише мінімізують, принижують їхні почуття, змушують відчувати себе ще більш непотрібними.

Під час роботи з особами, які виношують суїцидальні наміри, варто допомогти їм

визначити джерело психічного дискомфорту. Найбільш придатними запитаннями для стимуляції дискусії можуть бути такі: «Що з Вами трапилось останнім часом?», «Коли Ви відчули погіршення самопочуття?», «Що змінилось у Вашому житті відтоді, як це сталося?». Потенційного самогубця треба підштовхнути до того, щоб він ідентифікував проблему та якомога точніше визначив, що її активізує.

**Висновки.** Потенційний суїцидент, який прийшов до психолога, переживатиме два почуття – страх і надію. Психолог зобов'язаний «зняти» страх і посилити надію, оскільки остання має дати змогу людині вийти з поглинаючих думок про самогубство. Надія має базуватись на наявному потенціалі особистості. У потенційного суїцидента важливо створити відчуття життєвої перспективи. Суїциденти мають звужене мислення, своєрідну тунельну свідомість. Їхній розум не може відновити повну картину того, як треба вирішувати нестерпні проблеми. У такі миті життя психолог може навіть укласти з потенційним суїцидентом так званий «суїцидальний контракт» – попросити пообіцяти зв'язатися із психологом перед тим, як особа зважиться на суїцидальні дії в майбутньому, для того, щоб ще раз обговорити можливі альтернативні варіанти поведінки. Подекуди така угода може виявитися досить ефективною [3].

Зниження рівня критичної ситуації в жодному разі не варто розцінювати як ознаку зникнення суїцидальної небезпеки. Найгірше може не бути позаду. Під поліпшенням психічного (функціонального) стану часто розуміють підвищення психічної активності суїцидента, водночас не враховують, що напередодні самогубства депресивні особи кидаються у вир діяльності. Вони можуть просити вибачення в осіб, скривджених ними колись. Рідні та близькі суїцидента, які спостерігають за такою поведінкою, часто полегшено зітхають, що виражається у зниженні пильності. Водночас ці вчинки можуть свідчити про рішення розрахуватися з усіма боргами та зобов'язаннями, після чого особа нерідко вдається до суїциду. Варто пам'ятати, що половина суїцидентів здійснює самогубство не пізніше, ніж через три місяці після початку психологічної кризи. Окреслений період найбільш складний і відповідальний у житті як самого суїцидента, так і його рідних і близьких, що і становитиме перспективу наших наукових розвідок.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Хміляр О. Психологія поведінки суїцидента. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 51 (1). С. 144–150. DOI: 10.33099/2617-6858-2019-51-1-144-150.
2. Хміляр О. Психологія життя, або як запобігти самогубству. 2-е вид. Київ : Компрінт, 2019. 56 с.

3. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : методичний посібник / О. Кокун та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
4. Криворучко П., Хміляр О. Основи психологічної допомоги : навчальний посібник. Київ : НАОУ, 2009. 215 с.
5. Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation / A. Beck et al. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1979. Vol. 47 (2). P. 343–352.
6. Brown G.K. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000. Vol. 68. P. 371–377.
7. Lester D. Attempts to predict suicide using psychological tests. *Psychological Bulletin.* 1970. № 74. P. 1–17.
8. Красницька О. Профілактика суїцидальної поведінки військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології.* 2017. Т. XI. Вип. Т. 16. С. 85–95.
9. Сулицький В. Психологія суїцидальної поведінки : монографія. Київ : МП «Леся», 2001. 316 с.
10. Feasibility and acceptability of continuous identity cognitive therapy as a recovery-oriented suicide treatment for Veterans : A study protocol / Yosef Sokol et al. *Contemporary Clinical Trials Communications.* 2023. № 35. P. 101193. URL: <https://elsevier.com/locate/conctc>.
11. Manifestations of professional maladaptation and emotional burnout syndrome among internship doctors / O. Khmiliar et al. *International Journal of Advanced and Applied Sciences.* 2021. № 8 (11). P. 58–63. (Web of Science (WoS) і SCOPUS). DOI: 10.21833/ijaas.2021.11.008.
12. Красницька О. Профілактика соціальної депривації особистості. Ввічливість. *Humanitas.* 2021. Т. 3. С. 52–59.
13. Військова психологія та педагогіка: інноваційний підхід : підручник для слухачів, курсантів та студентів вищих навчальних закладів : у 2-х ч. / С. Максименко та ін. ; за заг. ред. С. Максименка ; НУОУ. Київ : Вид-во НУОУ, 2012. Ч. 1. 470 с.