

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ВНУТРІШНІХ СПРАВ



ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ  
ТА АДИКЦІЙ У ПРАЦІВНИКІВ МВС

Науково-практичні рекомендації

Київ  
2025

**Автори-упорядники:**

**Ігор ПАМПУРА**, магістр психології;

**Юлія БОЙКО-БУЗИЛЬ**, доктор психологічних наук,  
професор;

**Олег ТКАЛЕНКО**, кандидат юридичних наук;

**Вячеслав АНДРОСЮК**, кандидат психологічних наук,  
професор

**Рецензенти:**

**Андрій КОСТЮК**, начальник Управління психологічного  
забезпечення Міністерства внутрішніх справ України, кандидат  
психологічних наук;

**Оксана РОМАНЕНКО**, професор кафедри юридичної  
психології Національної академії внутрішніх справ, доктор  
психологічних наук, професор

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою Національної  
академії внутрішніх справ 11 серпня 2025 року (протокол № 10)*

**Профілактика аутоагресивних проявів та адикцій у  
працівників МВС [Текст] :** наук.-прак. рек. / авт.-упоряд.: І. Пампура,  
Ю. Бойко-Бузиль, О. Ткаленко, В. Андросюк. – Київ : Нац. акад.  
внутр. справ, 7БЦ, 2025. – 119 с.

**ISBN 978-617-8794-87-3**

Науково-практичні рекомендації присвячено аналізу аутоагресивної та адиктивної поведінки в працівників системи МВС України в умовах високих професійних ризиків й інтенсивних психоемоційних навантажень. Висвітлено природу аутоагресії, її основні форми, чинники й динаміку розвитку, схарактеризовано специфіку суїцидальних тенденцій у працівників правоохоронних органів. Визначено маркери ризику й типові моделі формування небезпечних станів. Окреслено психологічні й нейробіологічні механізми залежності поведінки, стадії розвитку адикцій, особливості хімічних і нехімічних залежностей, а також їх вплив на професійну надійність, дисципліну, емоційну регуляцію та загальний функціональний стан працівників МВС. Представлено систему профілактики аутоагресивних виявів і залежної поведінки. Деталізовано механізми первинної, вторинної та третинної психопрофілактики, принципи міжвідомчої взаємодії, методи раннього виявлення ризиків і стандарти надання допомоги працівникам, спрямовані на підвищення ефективності психопрофілактичної роботи, зміцнення психологічної стійкості персоналу та підвищення якості психологічного супроводу в системі МВС України. Видання призначене для фахівців підрозділів психологічного забезпечення, працівників МВС, а також науково-педагогічних працівників.

**УДК 159.9:351.74-057.07:613.8**

## ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА .....	4
РОЗДІЛ I. АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ТА СУЇЦИДАЛЬНІ ВИЯВИ СЕРЕД ПЕРСОНАЛУ СИСТЕМИ МВС УКРАЇНИ .....	6
РОЗДІЛ II. АДИКТИВНА (ЗАЛЕЖНА) ПОВЕДІНКА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ОСОБИСТІТЬ ПРАЦІВНИКА МВС УКРАЇНИ .....	40
РОЗДІЛ III. ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНИХ ВИЯВІВ ТА АДИКТИВНИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У СИСТЕМІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПЕРСОНАЛУ МВС УКРАЇНИ .....	76
ПІСЛЯМОВА .....	93
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА .....	95
ДОДАТКИ .....	97

## ПЕРЕДМОВА

---

Кожна людина протягом життя зазнає впливу виявів агресії в різних формах. Найчастіше це взаємодія між суб'єктом й об'єктом агресії, однак інколи агресивні імпульси особа спрямовує на себе. Такі дії визначають як аутоагресивні, вони охоплюють широкий спектр емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, що відхиляються від норм психічного здоров'я, моралі, культури та права. Аутоагресія є складним, багатофакторним феноменом, який формується під впливом особистісних особливостей, складнощів емоційної регуляції, дефіциту копінг-стратегій, а також соціальних, економічних і професійних стресорів. Її вияви можуть варіюватися від самознецінення й самоушкоджень до суїцидальних думок і дій, що потребує своєчасного виявлення та психологічної підтримки.

Адиктивна поведінка – ще один важливий різновид саморуйнівних тенденцій. Вона виникає як спосіб тимчасового уникнення емоційного болю, напруження чи внутрішніх конфліктів і виявляється у формі залежності від психоактивних речовин або повторюваних деструктивних дій. Попри короткочасне відчуття полегшення, адикція поступово руйнує адаптивні можливості людини, підриває її професійне функціонування, здатність до самоконтролю та повноцінного життя.

У професійній діяльності працівників системи МВС України ці явища набувають особливої актуальності. Високий рівень професійної (службової) відповідальності, вплив травматичних подій, постійна готовність до ризику, робота в екстремальних умовах і хронічне психоемоційне навантаження створюють підвищену вразливість до розвитку аутоагресивних реакцій і залежностей. Наявність таких виявів не лише знижує ефективність діяльності, а й становить реальну загрозу для життя та здоров'я працівника.

Комплексне розуміння внутрішніх психологічних механізмів аутоагресії та адикцій, а також аналіз професійних і соціальних чинників, які їх посилюють, є необхідною основою для формування дієвої системи їх профілактики. Ефективна превенція потребує не лише індивідуальної роботи з працівником, а й створення в органах і підрозділах МВС України сприятливого психологічного середовища,

системи раннього виявлення ризиків, чітких алгоритмів реагування та доступу до професійної допомоги.

Науково-практичні рекомендації призначені для підтримання фахівців психологічного забезпечення, керівників підрозділів і всіх, хто опікується збереженням ментального здоров'я персоналу органів та підрозділів системи МВС України, у виконанні важливого завдання – запобігання аутоагресивним виявам та адикціям, збереження життя, професійного потенціалу і психологічної стійкості працівників.

## РОЗДІЛ І

# АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ТА СУЇЦИДАЛЬНІ ВИЯВИ СЕРЕД ПЕРСОНАЛУ СИСТЕМИ МВС УКРАЇНИ

---

У сучасних умовах дослідження аутоагресивної поведінки та її багатовимірних виявів набуває особливої значущості. Посилення стресогенних, психотравмувальних і кризових факторів – збройна агресія, тривала соціально-економічна нестабільність, високий рівень невизначеності, підвищення емоційного та професійного навантаження створюють сприятливе підґрунтя для формування різних форм внутрішньої деструкції. За таких умов істотно підвищується ризик розвитку аутоагресивної поведінки, зокрема її крайнього вияву – суїцидальної поведінки. Глибоке вивчення цього феномену дає змогу зрозуміти ключові механізми втрати життєстійкості, порушення саморегуляції, звуження когнітивної перспективи та руйнування адаптивних стратегій подолання стресу. Такі деструктивні тенденції мають значний негативний вплив не лише на психічний стан особистості працівника системи МВС України, а й на його професійне функціонування, стосунки з оточенням, загальну якість життя.

**Аутоагресивна** (грец. *autos* – сам, лат. *agressio* – напад) **поведінка** – це специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди власному фізичному чи психічному здоров'ю. Вона може мати як усвідомлений, так і неусвідомлений характер, виявлятися через широкий спектр деструктивних дій. У контексті професійної діяльності працівників МВС України аутоагресія є вкрай небезпечною, оскільки поєднується з високим рівнем стресогенності служби, доступом до зброї, екстремальними умовами роботи та підвищеними емоційними навантаженнями.

Розрізняють **види аутоагресивної поведінки**.

**Суїцидальна поведінка** – це усвідомлені, цілеспрямовані психічні й поведінкові акти, спрямовані на позбавлення себе життя: суїцидальні думки (ідеації); суїцидальні задуми; суїцидальні наміри; суїцидальні спроби; завершені суїцидальні акти. Суїцидальна поведінка формується внаслідок поєднання біологічних, психологічних і соціальних чинників.

У працівників системи МВС України ризик суїцидальної поведінки підвищується через: хронічні професійні стресори;

психотравмувальні події; вплив бойового досвіду; високу відповідальність за життя інших; емоційне вигорання та професійну деформацію; доступ до вогнепальної зброї; поєднання служби з адиктивними чинниками (алкоголь, ПАР).

*Суїцидальні еквіваленти* (непрямі аутоагресивні форми) – це неусвідомлені або частково усвідомлені дії особи, яка не має безпосередньої мети померти, однак об'єктивно ці дії мають саморуйнівний потенціал і підвищують імовірність летальних наслідків. До них належать: стійкі небезпечні для життя звички; систематичні ризиковані дії; ігнорування стану власного здоров'я; регулярне порушення техніки безпеки; демонстративна небезпечність щодо ризику смерті.

У професійному середовищі МВС такі форми аутоагресії часто маскують під «службову сміливість»; сприймають як «професійну звичку до ризику»; соціально схвалюють, і це істотно ускладнює їх своєчасну діагностику та профілактику.

*Несуїцидальна аутоагресивна поведінка* – це навмисні повторювані дії, спрямовані на заподіяння шкоди власному тілу без прямого наміру померти, які виконують регуляторну, розряджальну або самопокаральну функції, зокрема це: порізи, удари, опіки; нав'язливе травмування тіла (дряпання, виривання волосся); свідоме позбавлення себе сну; відмова від їжі; надмірне фізичне виснаження; деструктивні форми самопокарання.

У працівників МВС несуйцидальна аутоагресія може виявлятися у формі: жорсткого самопокарання за службові помилки; доведення себе до фізичного та психічного виснаження; свідомого ігнорування потреби в медичній допомозі; перевищення меж фізичних та емоційних можливостей; небезпечної «терплячості через службу». Така поведінка істотно підвищує ризик переходу до суїцидальної поведінки, передусім за умов поєднання з депресією, ПТСР й адикціями.

*Аутоагресивна поведінка розгортається у вигляді континууму – від опосередкованих форм саморуйнівної активності через несуйцидальні самопошкодження до формування суїцидальних намірів і спроб.*

**Суїцид (самогубство)** є найгострішим і найнебезпечнішим виявом аутоагресивної поведінки, оскільки передбачає свідоме позбавлення себе життя. Він є крайньою точкою ескалації внутрішньої деструкції та може розвиватися поступово, проходячи кілька психологічних стадій – від суїцидальних думок до завершеного акту. Поряд із завершеним суїцидом

виокремлюють також **суїцидальні тенденції та суїцидальну поведінку**, які є важливими предикторами ризику:

– *суїцидальні тенденції* – це внутрішні переживання, думки, фантазії, коливання чи імпульси, пов'язані з бажанням померти або уникнути нестерпних емоційних станів. Вони не завжди втілюються в діях, але відображають підвищення внутрішнього напруження та втрату життєвих орієнтирів;

– *суїцидальна поведінка* – ширше поняття, що охоплює всі форми активності, пов'язані з наміром або спробою позбавити себе життя. Це суїцидальні думки, задуми, наміри, підготовчі дії, парасуїцид (суїцидальна спроба) та завершене самогубство.

У працівників системи МВС України суїцидальна поведінка може виявлятися приховано, маскуватися під службовий ризик чи професійну рішучість. Саме тому своєчасне виявлення тенденцій та ранніх сигналів є ключовим елементом профілактики.

Важливим аспектом аналізу **суїцидальної поведінки є визначення факторів**, що її спричиняють. Причини самогубства, як і мотиви будь-яких інших людських вчинків, є багатокомпонентними й можуть суттєво різнитися залежно від особистості, життєвого досвіду й умов, у яких вона перебуває. Однією з ключових передумов суїцидальних дій дослідники вважають *втрату сенсу життя* – стан, коли людина перестає бачити перспективу, цінність власного існування або можливість позитивних змін. Втрата сенсу життя нерідко супроводжується емоційним виснаженням, почуттям безнадії, глибокою внутрішньою спустошеністю та переживанням власної непотрібності. У працівників системи МВС України ці переживання можуть поглиблюватися під впливом професійних факторів:

- контакт із людським горем, агресією, трагічними подіями;
- хронічний стрес, емоційне виснаження;
- висока відповідальність, необхідність контролювати ризику;
- випадки, коли ціна помилки є надзвичайно високою;
- переживання безсилля або неспроможності впливати на службові ситуації.

Усе це створює підґрунтя для розгортання аутоагресивних тенденцій та посилює ризик формування суїцидальних намірів. Саме тому своєчасне виявлення причин й емоційних станів, які передують суїцидальній поведінці, є критично важливим

завданням психологічного супроводу працівників системи МВС України.

Провідною передумовою формування суїцидальних намірів і дій є **глибока соціально-психологічна дезадаптація особистості**. Вона виникає на тлі мікросоціальних конфліктів, втрати відчуття підтримки, емоційного виснаження та неспроможності конструктивно подолати життєві складнощі чи критичні події. У таких умовах здатність людини раціонально оцінювати ситуацію, шукати допомогу й використовувати адаптивні копінг-стратегії суттєво знижується. Суїцидальна поведінка є наслідком комплексу **пов'язаних факторів**, що взаємно посилюють один одного й поступово призводять до руйнування внутрішньої рівноваги:

1) *особистісно-емоційні й міжособистісні чинники:*

- хронічні складнощі в особистому житті, сімейні конфлікти;
- розрив значущих стосунків, емоційна втрата, переживання нещасливого кохання;
- відчуття самотності, нерозуміння, емоційної ізоляції або дефіциту підтримки;
- почуття провини, сорому, власної нікчемності чи «недостатності»;
- невдоволення собою, нереалізованість у професійній, особистісній чи творчій сферах;
- втрата сенсу життя, переживання безперспективності та фрустрації життєвих намірів;

2) *соціальні та мікросоціальні чинники:*

- булінг, цькування, психологічне та фізичне насильство;
- соціальна ізоляція, маргіналізація або стигматизація (зокрема через професію);
- втрата близьких, тяжкі переживання горя;
- негативний вплив оточення, зокрема моделювання чи наслідування суїцидальних або саморуйнівних дій;

3) *професійні та службові стресори:*

- високий рівень відповідальності, постійний ризик для життя і здоров'я;
- службові помилки чи дисциплінарні ситуації;
- тривалий стрес, професійне вигорання, емоційне виснаження;
- вплив психотравмувальних подій, зокрема бойових дій, роботи в умовах надзвичайних ситуацій, контакту з постраждалими;

– дефіцит підтримки з боку керівництва або колег, низький рівень командної взаємодії;

– доступ до зброї як додатковий фактор ризику в кризових станах;

*4) економічні та життєві складнощі:*

– фінансові проблеми, борги, стрімке зниження рівня життя;

– втрата роботи, статусу, соціальної стабільності;

– раптові зміни життєвих обставин, що супроводжуються високим рівнем невизначеності;

*5) медико-психологічні чинники:*

– депресивні, тривожні, посттравматичні, дисоціативні й інші стани;

– хронічний стрес, порушення сну, тривала емоційна нестійкість;

– зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами, що знижують самоконтроль і підвищують імпульсивність;

– хронічні соматичні захворювання, передусім з інтенсивним больовим синдромом або обмеженням працездатності;

*6) культурні, ідеологічні та світоглядні чинники:*

– релігійні переконання, що допускають ритуальні форми самогубства;

– політичні, ідеологічні або ціннісні конфлікти із соціумом;

– у військових і правоохоронців – уникнення полону, сприйняття самогубства як «бойової дії» або способу збереження честі;

*7) екстремальні обставини:*

– самогубство під впливом тиску, шантажу або погроз;

– ситуації, що суб'єктивно сприймають як безвихідні;

– загроза насильства щодо близьких;

– обставини, у яких виникає відчуття втрати контролю за подіями.

У більшості випадків **суїцидальні тенденції не виникають раптово**, а формуються поступово – як результат накопичення хронічного стресу, втрати емоційної опори, звуження когнітивної перспективи та зниження здатності бачити життєві альтернативи. У таких умовах людина дедалі менше сприймає можливість позитивних змін, а внутрішнє напруження підвищується до критичного рівня. Водночас **суїцидальна поведінка ніколи не має єдиної причини**. Вона є наслідком

взаємодії біологічних, психологічних, соціальних і ситуативних чинників, які накопичуються, посилюють один одного та зрештою призводять до формування небезпечних аутоагресивних намірів. Саме комплексний характер цих чинників робить надзвичайно важливими раннє розпізнавання ризиків і своєчасне психологічне втручання.

**Залежно від почуттів**, що є основою суїцидальних намірів, виокремлюють *чотири ключові емоційно-психологічні причини самогубства*. Для працівників системи МВС вони можуть виявлятися особливо гостро через специфіку службової діяльності:

1) *ізоляція* – відчуття покинутості, непотрібності, непомітності або неможливості бути почутим. У правоохоронців це почуття часто посилюється необхідністю приховувати власні переживання, небажанням «видаватися слабким», ротаціями, дистанцією з родиною через графік служби;

2) *безпорадність* – переживання втрати контролю за власним життям, переконання, що зміни неможливі, а будь-які зусилля не впливають на ситуацію. У працівників МВС безпорадність може формуватися під впливом службових провалів, дисциплінарних процедур, травматичних подій, стрімкого зростання обсягів службового навантаження чи невизначеності під час бойових дій;

3) *безнадія* – сприйняття майбутнього як темного, небезпечного або позбавленого перспектив. Це почуття часто загострюється після тривалого стресу, професійного вигорання, втрати колег, участі в надзвичайних ситуаціях чи бойових діях, а також під час тривалих періодів емоційного виснаження;

4) *власна «незначущість»* – глибоке ураження самооцінки, переживання сорому, провини, некомпетентності чи зламаної професійної ідентичності. Для працівників МВС таке відчуття може бути пов'язане з помилкою в роботі, критикою з боку керівництва, суспільним тиском, приниженням з боку колег або послабленням віри у власну професійну спроможність.

Одним із найвагоміших чинників суїцидальної поведінки є *депресія*. У стані депресії суїцид можуть сприймати як єдиний спосіб припинити внутрішній біль, почуття безвиході, емоційне виснаження чи страждання, зумовлені важкими, хронічними або соціально ізоляційними захворюваннями (онкологічними, ВІЛ/СНІДом тощо). Депресивному стану притаманне звуження когнітивної перспективи, коли людині здається, що теперішній

емоційний біль ніколи не мине, а будь-які позитивні зміни є недосяжними. Суїцидальні дії також можуть бути наслідком **розладів мислення у психотичних станах**. Зокрема, особи із шизофренією чи іншими психозами нерідко чують наказові або звинувачувальні «голоси», які нав'язують переконання про необхідність померти, карають за уявні провини або формують сприйняття власної «недостойності» життя. Групою ризику є особи, що **перебувають під впливом психоактивних речовин**. Алкоголь, наркотики або токсичні засоби істотно знижують контроль за поведінкою, посилюють імпульсивність, порушують здатність до критичної оцінки ситуації. У таких станах людина може здійснити фатальні дії, керуючись небезпечними ілюзіями або хибними переконаннями щодо власних можливостей (наприклад, віра в здатність «ходити в повітрі» чи «літати»).

**За формами вияву суїцидальну поведінку поділяють на внутрішню та зовнішню.**

До **внутрішніх форм суїцидальної поведінки** належать психологічні стани, переживання та когнітивні процеси, які передують будь-яким діям і є ключовими сигналами підвищеного ризику. Для працівників системи МВС внутрішні вияви нерідко залишаються непоміченими через професійну культуру стриманості, традиції «емоційної витривалості» й небажання демонструвати слабкість:

– **суїцидальні думки** – міркування про втрату сенсу життя, власну непотрібність, фантазії про смерть чи роздуми щодо доцільності припинення життя. На цій стадії немає конкретного планування, однак уже формується небезпечна когнітивно-емоційна основа;

– **суїцидальні задуми** – структуровані мисленнєві сценарії, у межах яких особа починає обирати можливі способи, засоби, час й умови для самогубства. Це засвідчує суттєве посилення внутрішнього напруження та втрату психологічної стабільності;

– **суїцидальний намір** – сформоване вольове рішення перейти до дії. Намір поєднує внутрішнє бажання та реальну готовність здійснити самогубство. Саме ця стадія є критичною, передусім у працівників МВС, які мають доступ до вогнепальної зброї або працюють в екстремальних умовах, де імпульсивність може швидко перейти в реальну дію.

**Зовнішні форми суїцидальної поведінки** охоплюють реальні дії або спроби їх реалізації. Вони є найочевиднішими

для оточення, але часто виникають уже на піковому рівні внутрішньої кризи:

– *завершений суїцид* – цілеспрямована дія, що призвела до смерті. У правоохоронців це часто пов'язано з використанням зброї або ситуаціями, пов'язаними з екстремальним ризиком;

– *суїцидальна спроба (парасуїцид)* – свідоме використання способів чи засобів самогубства, що з певних причин не завершилося смертю. Суїцидальна спроба є одним із найсильніших предикторів повторних самогубств. У працівників МВС вона може мати приховані або «незвичні» форми, зокрема: недотримання заходів безпеки під час поведження зі зброєю, провокування небезпечних ситуацій, навмисне нехтування власною безпекою під час виконання оперативних завдань, поєднання імпульсивності зі станом алкогольного чи наркотичного сп'яніння.

***Особи, яким не вдалося здійснити завершений суїцид, у більшості випадків згодом шкодують про вчинене.*** Однак, за даними клінічних досліджень, особи, які здійснили суїцидальну спробу, мають найвищий ризик повторної суїцидальної поведінки впродовж перших 3–12 місяців після епізоду, причому частота повторних спроб за цей період коливається від близько 15 %<sup>1</sup> до 25–31 %<sup>2</sup>. До початку повномасштабного вторгнення Україна мала вдвічі вищі показники завершених суїцидів на душу населення порівняно із середньосвітовими<sup>3</sup>. Проте з 2022 року Державна служба статистики України припинила оприлюднення відповідних даних.

---

<sup>1</sup> Peñas-Lledó E. M., Guillaume S., de Andrés F., Cortés-Martínez A., Dubois J., Kahn J. P., Leboyer M., Olié E., Llerena A., Courtet P. A one-year follow-up study of treatment-compliant suicide attempt survivors: relationship of CYP2D6-CYP2C19 and polypharmacy with suicide reattempts. *Translational psychiatry*. 2022. No. 12 (1). P. 451. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02140-4>

<sup>2</sup> Cite as: Goñi-Sarriés A., Yáñez-Goñi N., López-Goñi J. J. Psychiatric Hospitalization for Attempted Suicide and Reattempt at the One-Year Follow-Up. *Psicothema*. 2022. No. 34 (3). P. 375–382. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.455>

<sup>3</sup> Самогубства в Україні: вплив війни та як розпізнати тривожні сигнали. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/zapobihannya-samohubstvam-viyna-veterany-haryacha-liniya/33113003.html>

Важливо акцентувати також на тому, що **понад дві третини людей, які вчиняють завершений суїцид, заздалегідь подають певні сигнали про свій намір**. Це можуть бути як приховані, так і прямі висловлювання про бажання «припинити страждання», згадки про власну нікчемність, відчуття безнадії або безпорадності. Нерідко такі особи виявляють підвищений інтерес до сюжетів, пов'язаних із самогубством, у художній літературі, кіно чи медіа. Тож у більшості випадків завершене самогубство є результатом заздалегідь сформованого рішення, а не імпульсивного вчинку. Попри те, що люди, які планують суїцид, інколи вербалізують свої переживання, **більшість із них ретельно обирає час і місце так, щоб ймовірність стороннього втручання була мінімальною**. Вони прагнуть усамітнення та заздалегідь усувають будь-які перешкоди, здатні зірвати їхній задум. У контексті служби в МВС украї небезпечним є поєднання таких внутрішніх намірів із доступом до зброї, можливістю ізолюватися, наприклад, під час чергування або виконання завдань, а також культурою емоційної стриманості, через яку попереджувальні сигнали можуть залишатися непоміченими.

Розглянемо **типи суїцидальної поведінки за характером здійснення**.

**1. Істинна суїцидальна поведінка** вирізняється обміркованим, здебільшого тривалим формуванням наміру позбавити себе життя. Людина свідомо планує спосіб, місце та час, прагнучи мінімізувати можливість втручання з боку інших. Часто залишає передсмертні записки, у яких висловлює провину, просить вибачення або вказує на осіб, яких вважає причетними до свого рішення. Це найнебезпечніший тип суїцидальної поведінки з найвищою ймовірністю завершення. У системі МВС він є особливо ризиковим через доступ до вогнепальної зброї та можливість усамітнення під час виконання службових завдань.

**2. Афективна суїцидальна поведінка** виникає як імпульсивна реакція на різке емоційне потрясіння або на тривале накопичення психотравматичних переживань. У стані афекту стрімко знижується контроль за діями, а критичність мислення суттєво обмежена. Такому типу притаманні: раптовість дій; здійснення суїцидальних спроб у присутності інших осіб; використання будь-яких доступних предметів (лезо, ножі, хімікати, медикаменти, висота тощо). Особливу небезпеку

становлять випадки, коли працівник МВС має доступ до зброї: імпульсивний постріл у стані «емоційного вибуху» майже завжди має високий ризик летальності, а можливість втручання з боку оточення – мінімальна.

### ***3. Демонстративна (шантажна) суїцидальна поведінка.***

Її мета – не фактичне позбавлення себе життя, а демонстрація наміру з метою привернути увагу, отримати співчуття, уникнути неприємностей чи впливу на важливу для особи людину або ситуацію. Людина усвідомлює, що її дії не повинні призвести до смерті, тому обирає способи з низьким летальним ризиком і вживає заходів самозбереження. Проте навіть такі дії можуть мати фатальні наслідки через неправильний розрахунок.

#### *Різновиди демонстративної поведінки:*

1) *запланована демонстративна суїцидальна поведінка* передбачає етап підготовки. У цей період особа аналізує можливі способи подолання конфліктної ситуації та, не знаходячи прийняттого виходу, ухвалює рішення продемонструвати глибину власних переживань через суїцидальні дії символічного або попереджувального характеру;

2) *афективно-демонстративна поведінка* виникає імпульсивно, відзначається швидкою динамікою розвитку, без ґрунтового раціонального осмислення намірів. Попри її зовнішню «театралізованість», саме такі дії часто закінчуються тяжкими наслідками – серйозними травмами або навіть летальними випадками, коли сукупність випадкових обставин чи неправильний розрахунок призводять до неконтрольованого результату.

Переважає більшість демонстративних спроб відбувається в присутності інших, що засвідчує їхню маніпулятивну спрямованість. Типовими засобами є неглибокі порізи, прийом невеликих доз медикаментів чи токсичних речовин, падіння з незначної висоти. Використання вогнепальної зброї в такому випадку майже не трапляється, оскільки ризик летального результату занадто високий. У працівників МВС України демонстративні дії інколи межують з «реакціями на стрес» або службовими конфліктами, що ускладнює їх своєчасне розпізнавання.

***4. Прихована суїцидальна поведінка (непряме самогубство)*** формально не є суїцидальною, однак має виражену саморуйнівну спрямованість і високу ймовірність летального результату. Ідеться про так звану суїцидально обумовлену

поведінку. Прикладами є: надмірний ризик (екстремальна або небезпечна їзда, ігнорування правил безпеки); участь у небезпечних видах діяльності; зловживання психоактивними речовинами; повторювані дії, що ставлять життя під загрозу. Переконати таку особу в небезпеці складно, адже ризик стає для неї психологічно привабливим способом «вимкнути» емоційний біль або втекти від внутрішнього напруження. У системі МВС України приховану суїцидальність часто маскують під «звичний професійний ризик», що робить її особливо небезпечною та складною для виявлення.

Суїцидальна поведінка, незалежно від того, наскільки швидко вона розгортається, має порівняно стабільну внутрішню динаміку. Їй передують тривалий процес внутрішніх змін – **передсуїцид (П)**, який має дві ключові фази: **переддиспозиційну** та **власне суїцидальну**. Для працівників системи МВС України ці фази можуть проходити приховано через вимушену емоційну стриманість і високе значне навантаження.

**1. Переддиспозиційна фаза.** Ця фаза формується на тлі критичного психологічного напруження, характеризується активними, але малоефективними спробами людини знайти вихід із проблемної ситуації.

**1.1. Початковий етап – активний пошук виходу.** На цьому етапі людина: зосереджено намагається розв'язати проблему; витрачає значні емоційні та когнітивні ресурси; відчуває посилений стрес, коли зусилля не дають результату. У працівників системи МВС це може виявлятися у: гіпервідповідальності, прагненні «виправити ситуацію самостійно», приховуванні емоційної кризи від колег і керівництва. Поступово невдачі призводять до зниження самооцінки, появи відчуття безсилля та внутрішнього виснаження.

**1.2. Звуження свідомості («тунельне мислення»).** У цей період увага фокусується виключно на негативних аспектах ситуації; об'єктивність сприйняття знижується; мислення стає ригідним, однобічним; проблеми видаються «нездоланними». У працівників системи МВС України це може супроводжуватися: переоцінкою власної відповідальності за події, глибоким почуттям провини за службові помилки, відчуттям ізоляції («ніхто не зрозуміє», «не маю права скаржитися»).

**1.3. Емоційне та фізичне виснаження.** Тривалі безуспішні зусилля призводять до виснаження психічних ресурсів; підвищення рівня тривожності; пригніченості та втрати

мотивації; песимістичного сприйняття майбутнього («нічого не зміниться», «позитивний сценарій неможливий»). Час суб'єктивно «сповільнюється», створюючи відчуття нескінченності страждання.

#### *1.4. Змінена поведінка в переддиспозиційний період.*

Спершу людина активно шукає підтримку, прагне до неформального контакту й емоційної опори. Згодом ця активність знижується, вона віддаляється від колективу та близьких, демонструє емоційну холодність або перепади настрою, сприймає своє життя ретроспективно як низку невдач.

***Для системи МВС України це критично, оскільки таку поведінку часто помилково сприймають як «професійне вигорання» або «звичайну втому».***

***2. Суїцидальна фаза передсуїциду*** настає тоді, коли дезадаптація поглиблюється, а допомога не була надана або не була прийнята.

***2.1. Початок суїцидальних думок.*** Людина починає відчувати: внутрішню порожнечу, відсутність сенсу, думки на кшталт: «Я більше не витримаю», «Не хочу цього бачити чи чути». З'являються нечіткі, дифузні уявлення про смерть – не як про акт дії, а як про спосіб «зникнути» чи «припинити біль».

***2.2. Пасивні суїцидальні думки.*** На цьому етапі формуються фрази: «Добре було б, якби мене не стало», «Було б легше, якби я помер». Це вже внутрішня готовність до відходу з життя, хоча без конкретного плану.

***2.3. Активні стійкі суїцидальні думки.*** Формулювання змінюються на конкретніші: «Я щось із собою зроблю», «Я не хочу жити», «Я знаю, як це можна зробити». На цьому етапі ризик стрімко зростає, передусім у працівників системи МВС України, які мають доступ до зброї, можливість усамітнення під час чергування, досвід дій в екстремальних умовах.

***Суїцидальна фаза може тривати до моменту безпосередньої спроби самогубства. Для правоохоронців цей проміжок часу може бути значно стислішим через імпульсивність дій в умовах стресу й доступ до високолетальних засобів.***

**Безпосередній суїцид (II)** – це динамічний процес, що охоплює суїцидальні тенденції та суїцидальні дії. Для працівників МВС ці етапи можуть розгортатися пришвидшено через високий рівень стресу, доступ до зброї та імпульсивні рішення в умовах емоційного виснаження.

**3. Етап суїцидальних тенденцій.** Суїцидальні тенденції – це комплекс внутрішніх ознак, які свідчать про зниження цінності власного життя, втрату сенсу та психологічну готовність до саморуйнівних дій. Вони охоплюють думки, наміри, фантазії, вербальні попередження. На цій стадії: пасивні думки («краще б мене не було») поступово набувають деструктивного спрямування; з'являються суїцидальні задуми: людина починає обдумувати спосіб, засоби, місце та час самогубства; формують план, продумують деталі (передсмертні записки, повідомлення близьким, останні телефонні дзвінки); виникає суїцидальний намір – внутрішнє вольове рішення вчинити самогубство. Для працівників МВС цей етап є особливо небезпечним, оскільки доступ до зброї та можливість усамітнення роблять перехід від наміру до дії майже миттєвим.

**4. Етап суїцидальних дій.** На цьому етапі відбувається підготовка до суїциду і, у разі відсутності допомоги, його реалізація.

**4.1. Тривала внутрішня підготовка.** Людина ретельно аналізує причини й можливі наслідки суїциду; оцінює різні способи самогубства та обирає «найефективніший»; планує сценарій, зважає ризики, обирає час і місце, де ймовірність втручання буде мінімальною. У працівників МВС цей етап можуть маскувати під «звичну зібраність», «підготовку до служби», «суворість» або «замкнутість», що ускладнює розпізнавання.

**4.2. «Остання крапля».** Навіть незначна психотравма (конфлікт, службова помилка, сварка, дисциплінарне стягнення) може стати тригером переходу до незворотної поведінки.

**4.3. Термінальна поведінка.** Безпосередньо перед суїцидом можуть спостерігатися «впорядкування справ» – складання заповіту, закриття боргів, прощальні подарунки; незвична врівноваженість, холоднокровність, різкий контраст із попереднім відчаєм; підвищена агресивність або, навпаки, надмірна поступливість; віддалення від соціальних контактів, ізоляція, дезінтерес до роботи чи близьких.

**4.4. Суїцидальна спроба або завершений суїцид.** У системі МВС найвищим ризиком є використання вогнепальної зброї, що забезпечує високу ймовірність летального результату та мінімальні шанси на втручання.

**Постсуїцид (III) (у разі незавершеної спроби).** Цей етап триває від моменту здійснення суїцидальної спроби до повного

згасання суїцидальних тенденцій. Часто має циклічний характер. Характерні вияви: збереження суїцидальних думок; пасивна «згода на смерть»; соматичні та психічні ознаки кризи (апатія, виснаження, тривога, порушення сну); почуття провини або сорому за спробу; страх осуду колег чи керівництва (надзвичайно актуально для МВС); уникнення контактів із психологами чи медиками через побоювання бути відстороненим від служби. ***Ризик повторної спроби в цей період надзвичайно високий, передусім якщо працівник знову отримує доступ до зброї чи продовжує нести службу без проходження повноцінної психологічної реабілітації.***

Учені виокремлюють ***характеристики суїцидальної поведінки***, що простежуються незалежно від індивідуальних особливостей особи, її віку, соціального статусу чи професії:

***1. Суїцид завжди є спробою знайти рішення.*** Самогубство ніколи не є випадковою чи беззмістовною дією. Його розглядає людина як спосіб виходу з кризи, подолання нестерпної ситуації або припинення психічних страждань. Щоб зрозуміти мотиви суїциду, необхідно з'ясувати, які проблеми людина намагалася «розв'язати» таким способом.

***2. Його мета – припинення свідомості й нестерпного переживання.*** Людина прагне не власне смерті, а припинення болісного потоку свідомості. Суїцидальні стани поєднують три компоненти: глибоке емоційне потрясіння, високий рівень тривожності й доступність летальних засобів.

***3. Основний стимул суїциду – нестерпний психічний біль.*** Суїцидальна дія спрямована на втечу від психічного болю, який видається непереборним і нескінченним. Суїцид ніколи не вчиняють «із позитивних емоцій» – його завжди супроводжує тяжке страждання.

***4. Центральний стресор – незадоволені психологічні потреби.*** Самогубство найчастіше пов'язане з нереалізованими потребами: у підтримці, безпеці, повазі, любові, самореалізації. Випадки можуть здаватися оточенню «безглуздими», але мотиви завжди мають внутрішню логіку.

***5. Визначальна емоція – безпорадність і безнадійність.*** Людина перестає вірити в можливість змін: «Я нічого не можу зробити, і ніхто не здатен мені допомогти». Безнадійність є одним із найсильніших предикторів суїцидальної поведінки.

6. *Внутрішнє ставлення до суїциду амбівалентне.* Суїцидент одночасно хоче померти і хоче бути врятованим. Ця амбівалентність часто виявляється у вербальних чи поведінкових «сигналах», які важливо вчасно розпізнати.

7. *Психічний стан характеризується звуженням свідомості.* Виникає «тунельне мислення», коли людина бачить лише один варіант – самогубство, не здатна реалістично оцінювати альтернативи. Звужуються когнітивні функції, падає здатність приймати виважені рішення.

8. *Поведінковий механізм – втеча.* Суїцид є крайньою формою психологічної втечі від проблем, ситуації, власних переживань. Це спроба радикально змінити «декорації життя», коли інші способи вже не сприймають як можливі.

9. *Суїцидальна поведінка узгоджується із загальним стилем життя особи.* Попри уявну раптовість, самогубство часто корелює з попереднім життєвим досвідом, а саме хронічним переживанням психічного болю; схильністю до втечі від складнощів; попередніми епізодами самоушкоджень; обмеженим мисленням; низькою толерантністю до фрустрації.

10. *Суїцид є процесом, а не одноразовою дією.* У більшості випадків він має певну динаміку – від страждання та безнадії, через формування суїцидальних думок і намірів, до реалізації дії.

**Визначення ранніх виявів суїцидальних намірів** є одним із ключових завдань фахівців системи психологічного забезпечення МВС України. Будь-які різкі, несподівані чи драматичні зміни в поведінці працівника вимагають уважного ставлення, оскільки можуть *сигналізувати про формування суїцидальної динаміки*. Пильної уваги потребують такі ознаки<sup>1</sup>:

- втрата інтересу до звичних видів діяльності, службових завдань, професійних обов'язків;
- раптове або таке, що прогресує, зниження працездатності, складнощі з концентрацією, зниження продуктивності;
- виражена астенизація (млявість, загальмованість, нездатність до вольових зусиль, що раніше не спостерігалися);

---

<sup>1</sup> Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І., Чижевський С. О. Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України : практ. посіб. / за ред. І. І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2020. 116 с.

– різкі емоційні коливання, передусім перехід від депресивності до несподіваної байдужості чи спокою («передсуїцидальний підйом»);

– вербалізація безнадії та безпорадності (висловлювання про нікчемність, «безглуздість життя», відсутність майбутнього);

– розмови про смерть (прямі або завуальовані), обговорення способів самогубства, згадки про власні похоронні ритуали;

– соціальна ізоляція (уникання колег, друзів, відмова від комунікації);

– зміни в патернах уживання психоактивних речовин (початок або посилення вживання алкоголю, наркотиків, лікарських засобів);

– ризикована, безрозсудна або саморуйнівна поведінка, зокрема порушення службової дисципліни та заходів безпеки;

– приведення особистих справ «до ладу» (роздавання цінних речей, прощальні дзвінки, наведення порядку в документах чи фінансах);

– порушення сну (інсомнія, тобто часті нічні пробудження або надмірна сонливість);

– порушення харчової поведінки, стрімка зміна ваги, недбалість до фізичного стану;

– зниження уваги до власної безпеки (нехтування правилами поведінки зі зброєю, засобами індивідуального захисту тощо);

– нехарактерні спалахи агресії або внутрішнього напруження, зростання дратівливості;

– збільшення кількості службових конфліктів, помилок, дисциплінарних інцидентів;

– часті розмови про втому від служби, психологічне виснаження, професійну «кризовість».

Якщо розглядати *поведінкові, словесні й емоційні маркери* як окремі групи сигналів, важливо зважати на будь-які раптові зміни в стані й поведінці працівника. Саме такі вияви можуть свідчити про формування кризової динаміки або суїцидальних намірів.

*Поведінкові ознаки суїцидальної загрози:*

– різкі або несподівані зміни в поведінці чи настрої, що супроводжуються ізоляцією, відчуженням, дистанціюванням від колег, сім'ї, звичних соціальних контактів;

– схильність до ризикованих, імпульсивних або небезпечних дій, включно з порушенням правил поведінки зі зброєю, службовою технікою чи транспортом;

– зловживання алкоголем, наркотичними або лікарськими засобами, раптове збільшення або зміна частоти їх уживання;

– часті або безпідставні звернення за медичною допомогою, передусім з розмитими, невизначеними скаргами;

– роздавання особистих речей або важливих документів, передання цінностей чи навіть зброї (за наявності доступу);

– пошук або придбання засобів, які можуть бути використані для самогубства (медикаменти, токсичні речовини, позаслужбова зброя тощо);

– упорядкування особистих справ, приведення в порядок документів, фінансових питань, повернення боргів, прощальні жести;

– помітна занедбаність зовнішнього вигляду, нехтування особистою гігієною та здоров'ям;

– зниження службової дисципліни (часті помилки, відсутність зосередженості, конфліктність, уникання відповідальності);

– некритичне ставлення до небезпеки, ігнорування ризиків під час несення служби.

*Словесні ознаки суїцидальної поведінки:*

– висловлювання безпорадності та втрати контролю («Я більше не можу», «У мене нічого не виходить», «Я всім заважаю»);

– натяки на завершення життєвого шляху («Це мій останній раз», «Далі ви самі впораетесь»);

– прямі чи завуальовані розмови про смерть і небажання жити, а також жарти суїцидального змісту;

– конкретизація намірів або планів самогубства, навіть у гіпотетичній чи жартівливій формі;

– знецінення власної ролі та життєвих сфер, твердження про власну непотрібність;

– уповільнена, монотонна мова, відсутність емоційних реакцій;

– самозвинувачення, висловлювання сорому, провини, фрази на кшталт «Я не заслуговую на життя».

*Емоційні вияви суїцидальних тенденцій:*

– емоційна нестійкість (коливання від глибокої пригніченості до раптового «заспокоєння» без видимих причин);

– безнадійність, внутрішня спустошеність, виснаження, відчуття «критичної втоми»;

– тривалий емоційний біль, переживання втрати чи травмувальної події, які не минають із часом;

– ознаки депресивного стану (апатія, втрата інтересу, ангедонія, зниження енергії);

– домінування сорому, провини, відчуття власної некомпетентності;

– підвищена тривожність, катастрофічні очікування, відчуття неминучої небезпеки;

– порушення концентрації, психічна дезорганізація, складнощі прийняття навіть простих рішень.

*Специфічні маркери кризових станів і суїцидальних намірів:*

– особливо насторожувати мають такі висловлювання та вияви («Навіщо мені жити?», «Мое життя втратило сенс»; «Мені все набридло», «Я втомився/втомилася від усього»; «Мені здається, що я невдовзі помру»);

– інтерес до смерті, ритуалів, способів самогубства, перегляд відповідного контенту («Потерпіть, недовго вам залишилося», «Потім може бути пізно»);

– символічне завершення справ (упорядкування документів, розмовні «прощання», розв'язання давніх конфліктів);

– раптова поява спокою або полегшення після тривалої депресії (може вказувати на прийняте рішення про самогубство);

– таємні приготування, уникнення пояснень щодо своїх дій;

– замкнутість, відмова від спілкування, втрата інтересу до звичних занять, раптове зниження соціальної активності.

Накопичено досвід **застосування загальнонаукових і спеціальних методів для виявлення ознак суїцидальної поведінки**. До таких методів належать: *спостереження,*

*індивідуальна бесіда, біографічний метод, аналіз документів, аналіз продуктів діяльності, експертне опитування, психодіагностичне обстеження, а також інші підходи, окреслені в науковій літературі. Зосередимо увагу на ключових аспектах, важливих саме для фахівців МВС.*

### ***1. Аналіз особової справи як базовий етап оцінювання ризиків***

Виявлення осіб, схильних до суїцидальної поведінки, починається з ретельного вивчення матеріалів особової справи, що передбачає аналіз<sup>1</sup>:

- службової характеристики та її динаміки;
- даних про сімейний стан і соціально-економічні умови;
- медичних довідок і результатів періодичних оглядів;
- довідок і висновків за результатами професійно-психологічного відбору на посаду та висунення на посади;
- відомостей про перенесені захворювання, травми, зокрема черепно-мозкових травм;
- інформації про наявність дисциплінарних стягнень, перерв у роботі, змін місця служби чи посади, за наявності – висновки службових розслідувань за фактами надзвичайних подій.

Посиленої уваги потребують особи, у яких наявні такі фактори ризику:

- наявність у родині випадків психічних розладів або суїцидів;
- перенесені психічні травми, епізоди глибокої депресії;
- будь-які відомості про девіантну поведінку (зловживання алкоголем, наркотиками, перебування на наркологічному/психоневрологічному обліку);
- повторювані конфлікти в сім'ї, нестабільне соціальне оточення;
- незрозумілі або непропорційні зміни в професійній сфері (зниження статусу, спроби працевлаштування в силових структурах за відсутності чіткої мотивації);
- наявність судимостей або дисциплінарних стягнень.

---

<sup>1</sup> Методичні рекомендації щодо профілактики самогубств серед працівників МВС України від 20 листоп. 2007 р. № 18327/Кн / Департамент роботи з персоналом ; Департамент освіти та науки МВС України. Київ : МВС України, 2007. 32 с.

*Наявність одного фактора не визначає суїцидальний ризик, однак сукупність декількох маркерів значно його підвищує та потребує вивчення.*

## **2. Індивідуальна бесіда та спостереження під час комунікації**

Після аналізу документів проводять індивідуальну бесіду, що супроводжується паралельним спостереженням. Перед нею складають план бесіди, у якому визначають:

- ключові теми (службова мотивація, переживання, конфлікти, ресурси підтримки);
- орієнтовні питання (відкриті, нейтральні, безоцінні);
- можливі уточнення для поглиблення діагностики.

Під час спілкування фахівець спрямовує увагу на:

- емоційний стан (тривожність, сльозливість, демонстративна байдужість, емоційні зриви);
- неадекватні чи дивні дії (збентеженість, надмірна напруженість, рухове розгальмування або загальмованість);
- комунікативні порушення (монотонність, невизначеність, нечіткість мовлення, парадоксальні висловлювання);
- ознаки внутрішнього конфлікту (самозвинувачення, переживання нікчемності, відчуття безвиході);
- порушення поведінки, що раніше не фіксувалися (замкнутість, агресія, підозрливість, загострення конфліктності).

*Важливе значення мають аналіз мотивів вступу на службу до органів і підрозділів МВС України, а також їхня відповідність реальним професійним навичкам і життєвим обставинам. Неузгодженість мотиваційних засад часто є маркером дезадаптації.*

## **3. Психодіагностичне обстеження**

Психодіагностичне обстеження є необхідним:

- під час первинного професійного відбору кандидатів на службу;
- періодично – для оцінювання психоемоційного стану працівників;
- за потреби – після пережитого стресу, службового інциденту, конфліктів або ознак дезадаптації.

Застосування психодіагностичних методик щодо суїцидального ризику в органах і підрозділах МВС здійснюють диференційовано залежно від етапу проходження служби, психоемоційного стану особи й наявності кризових факторів, з

обов'язковим дотриманням принципів конфіденційності, добровільності (крім екстрених випадків), професійної відповідальності та міждисциплінарної взаємодії.

Запропоновані в переліку методики (з огляду на їх застосування на певному із зазначених нижче етапів) можуть бути додатково використані фахівцями із психологічного забезпечення, відповідно до умов і специфіки проходження служби особовим складом та вже наявних рекомендацій, які регламентують проведення відповідної роботи в Національній поліції України, Національній гвардії України, Державній службі України з надзвичайних ситуацій та Державній прикордонній службі України.

### ***1. Під час первинного професійного відбору кандидатів на службу***

*Мета застосування:*

- виявлення психологічних протипоказань до проходження служби;
- оцінювання рівня емоційної стійкості, імпульсивності, схильності до дезадаптивних форм поведінки;
- прогнозування ризиків дезадаптації та адиктивної поведінки.

*Перелік методик* (перелік не є вичерпним і може бути доповнений з огляду на особливості подальшої професійної діяльності):

- Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (MMPI);
- Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (адаптація та модифікація Л. Собчик);
- 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла;
- методика діагностування рівня суб'єктивного контролю (адаптація на основі концепції локусу контролю Дж. Роттера);
- методика дослідження самоствавлення В. Століна–С. Пантїлеєва;
- шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханїна;
- методика оперативного оцінювання самопочуття, активності та настрою (опитувальник «САН»);
- методика дослідження мотивації вживання алкоголю (МПА, адаптована версія мотиваційних шкал уживання алкоголю).

*Обмеження:*

– спеціалізовані методики прямого оцінювання суїцидального ризику (зокрема шкали Бека, методика «С Р-45», тести суїцидальної мотивації тощо) на етапі первинного професійного відбору кандидатів на службу в органи системи МВС не застосовують. Їх використання допускають виключно в межах кризової психологічної оцінки або після встановлення ознак дезадаптації – за участю психолога та лікаря.

– проєктивні методики не можуть бути єдиною підставою для висновку.

Результати використовують виключно для комплексного оцінювання професійної придатності.

***II. Періодично – для оцінювання психоемоційного стану працівників***

*Мета застосування:*

– моніторинг психологічної стійкості та рівня професійного виснаження;

– раннє виявлення депресивних і тривожних виявів, ознак емоційного вигорання, дезадаптації, адиктивної поведінки;

– профілактика суїцидальних ризиків.

*Перелік методик* (перелік не є вичерпним і може бути доповнений з огляду на психоемоційні ризики):

– шкала депресії Бека (BDI);

– шкала безнадійності Бека (BHS);

– шкала психологічного дистресу Кесслера (K-10);

– шкала життестійкості Коннора–Девідсона (CD-RISC);

– шкала психологічної стійкості (RS-25);

– Міссісіпська шкала посттравматичних реакцій;

– методика діагностування рівня емоційного вигорання (В. Бойко);

– опитувальник соціально-психологічної адаптації Роджерса–Даймонда;

– диференціальна діагностика депресивних станів В. А. Жмурова;

– оцінки адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність200»;

– опитувальник травматичного стресу І. Котеньова.

*Умови застосування:*

– у плановому порядку (щорічно, після бойових відряджень, ротацій);

- у межах програм психологічного супроводу;
- без використання результатів як підстави для дисциплінарних рішень.

*Обмеження:*

- не проводять формальне оцінювання суїцидального наміру без прямих підстав;
- результати не передають керівнику без процедурної необхідності.

### ***III. За потреби після пережитого стресу, службового інциденту, конфліктів або ознак дезадаптації***

*Мета застосування:*

- оцінювання актуального рівня суїцидального ризику;
- визначення наявності сформованого наміру;
- ухвалення рішення щодо: тимчасового обмеження допуску до зброї; направлення до психіатра; кризового психологічного супроводу.

*Спеціалізовані методики прямого оцінювання суїцидального ризику* (перелік рекомендованих, але не вичерпний). Застосовують виключно психологи служб психологічного забезпечення та лікарі-психіатри в межах кризового оцінювання після стресових подій, дезадаптації, суїцидальних висловлювань або спроб:

- шкала суїцидальної інтенції Бека (SIS);
- шкала суїцидальних думок Бека (BSS);
- методика оцінювання ступеня суїцидального ризику («Карта суїцидального ризику»);
- тест суїцидальної мотивації;
- методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій «CP-45»;
- Колумбійська шкала оцінювання тяжкості суїцидальності (C-SSRS);
- стислий скринінг суїцидального ризику (ASQ);
- опитувальник суїцидальної поведінки SBQ-R;
- анкета оцінювання суїцидального ризику військовослужбовців (П. Юнацкевича).

*Обов'язкові умови застосування:*

- лише після клініко-психологічної бесіди;
- тільки фахівцем-психологом або лікарем;
- із готовністю до негайних кризових рішень.

*Службові наслідки в разі високого ризику:*

- негайне інформування керівника та медичної служби;
- тимчасове відсторонення від несення служби зі зброєю;
- направлення до лікаря-психіатра;
- організація кризового супроводу.

**Жодна психодіагностична методика в системі МВС України не може бути використана як єдина підстава для прийняття кадрових, дисциплінарних або управлінських рішень.**

Крім того, слід чітко розмежовувати *три рівні участі в оцінюванні суїцидального ризику:*

*1. Базовий рівень (керівник підрозділу, наставник, керівник стажування, консультант програми «Рівний – Рівному», фахівець медичної служби та ін.):*

- здійснює поведінкове спостереження;
- виявляє тривожні ознаки;
- ініціює направлення до фахівця із психологічного забезпечення;

– забезпечує тимчасові організаційні заходи безпеки.

*2. Професійний рівень (фахівець із психологічного забезпечення в системі МВС):*

– проводить психодіагностику відповідно до I, II або III етапів;

- оцінює рівень суїцидального ризику;
- формує висновки та рекомендації щодо психологічного супроводу;

– ініціює взаємодію з відомчим лікувальним закладом/медичною службою в разі підвищеного ризику;

– у разі потреби – забезпечує направлення працівника на позачергове психолого-психіатричне обстеження до відомчого лікувального закладу.

*3. Клінічний рівень (лікар-психіатр, психотерапевт):*

- здійснює клінічне оцінювання психічного стану;
- ухвалює рішення щодо медикаментозного лікування, амбулаторного нагляду або госпіталізації;
- визначає медичні протипоказання до несення служби.

**Рівні суїцидального ризику:**

*1. Низький рівень суїцидального ризику* – це стан, за якого в особи відсутні активні суїцидальні думки, наміри та поведінкові вияви, спрямовані на самопозбавлення життя, зберігається критичне ставлення до власного стану, здатність до

саморегуляції, пошуку підтримки та використання конструктивних копінг-стратегій. Емоційні складнощі мають ситуативний або мінущий характер, не супроводжуються відчуттям безнадії, не призводять до звуження свідомості чи втрати контролю за поведінкою. Захисні (стримувальні) фактори переважають над ризикогенними, а здатність до подальшого нормального функціонування збережена.

*Діагностичні критерії:*

- немає активних суїцидальних думок;
- можливі дифузні пасивні висловлювання («складно жити», «втомився від усього»), без зміненої поведінки;
- немає суїцидального наміру;
- немає плану;
- особа зберігає критичне ставлення до своїх переживань; здатність говорити про складнощі; контактність та співпрацю;
- домінують ситуативний стрес; емоційне виснаження; тривожність без суїцидального фокусу.

*Поведінкові маркери:*

- збережена службова функціональність;
- немає ризикованих або саморуйнівних дій;
- звернення по допомогу можливе.

**II. Середній рівень суїцидального ризику** – це стан, за якого в особи наявні періодичні або стійкі суїцидальні думки пасивного характеру (бажання «не прокидатися», думки про смерть як спосіб зменшення страждання), без сформованого конкретного плану самогубства, однак з ознаками поступового зниження психологічної стійкості, звуження перспектив майбутнього та посилення внутрішньої напруженості. Спостерігаються депресивні, тривожні, дезадаптаційні симптоми, емоційне виснаження, зниження мотивації до професійної діяльності, порушення сну, підвищена дратівливість або соціальне дистанціювання. Критичність до власного стану збережена частково, здатність звертатися по допомогу знижена, а ризик переходу до активних суїцидальних дій підвищується за наявності додаткових стресогенних чинників.

*Діагностичні критерії:*

- наявні пасивні або нестійкі активні суїцидальні думки («інколи думаю, що краще мене не було б»);
- немає сформованого плану, але можливі уявлення про спосіб без конкретизації;
- суїцидальний намір неусталений;

- з’являються відчуття безнадії;
- психологічна ізольованість;
- внутрішня боротьба між бажанням жити та втечею від болю;
- можливі епізоди імпульсивності, дезадаптивні реакції, зловживання алкоголем.

*Поведінкові маркери:*

- зниження працездатності;
- емоційна нестійкість;
- соціальне дистанціювання;
- епізодична ризикова поведінка.

**III. Високий рівень суїцидального ризику** – це кризовий психічний стан, за якого в особі наявні активні, стійкі суїцидальні думки, сформований суїцидальний намір та/або конкретний план самогубства, визначено спосіб, засоби, час і можливе місце здійснення суїцидальної дії. Спостерігаються різке звуження когнітивної перспективи, втрата здатності до раціонального оцінювання альтернатив, домінування безнадійності, безпорадності й нестерпного психічного болю. Критичність до власного стану істотно знижена або її немає, імпульсивність підвищена, внутрішній контроль ослаблений. Можуть фіксуватися підготовчі дії (прощальні жести, упорядкування справ, передача речей, пошук засобів самогубства).

*Діагностичні критерії:*

- активні стійкі суїцидальні думки;
- сформований суїцидальний намір;
- наявний план (спосіб, місце, час);
- визначені засоби;
- відсутність критичності, альтернативних рішень;
- сильна безнадійність;
- висока імпульсивність або психотичні симптоми;
- ослаблення інстинкту самозбереження.

*Поведінкові маркери:*

- упорядкування справ;
- прощальні жести;
- передача зброї, речей;
- раптова поведінкова трансформація;
- небезпечні саморуйнівні дії.

Для працівників системи МВС України високий рівень суїцидального ризику є особливо небезпечним у зв'язку з доступом до зброї, виконанням завдань в умовах ізоляції та підвищеного стресу, що значно підвищує імовірність реалізації суїцидальних намірів і потребує негайного міждисциплінарного кризового реагування **в межах міждисциплінарної взаємодії: керівник – психолог – відомчий лікувальний заклад/медична служба – лікар-психіатр.**

З огляду на викладене, з метою забезпечення своєчасного реагування та мінімізації суїцидальних ризиків серед особового складу доцільно **запровадити уніфіковані алгоритми дій**, зокрема: алгоритм дій керівника підрозділу в разі виявлення ознак суїцидального ризику й алгоритм дій фахівця психологічного забезпечення НГУ та центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра внутрішніх справ, у разі виявлення ознак суїцидального ризику.

**Алгоритм дій керівника підрозділу/безпосереднього керівника в разі виявлення ознак суїцидального ризику серед особового складу (базовий принцип алгоритму:** збереження життя та психічного здоров'я працівника є безумовним пріоритетом над кадровими, репутаційними та службовими ризиками).

### **1. Виявлення та первинна службова фіксація кризових ознак**

Безпосередній керівник зобов'язаний забезпечити систематичне спостереження за психічним станом підлеглих у процесі службової діяльності. Керівник підрозділу здійснює організаційний контроль за відповідним процесом.

*Підставами для ініціювання реагування є:*

- прями або опосередковані суїцидальні висловлювання;
- раптові та стійкі зміни поведінки, емоційного стану або активності;
- вияви дезадаптації, імпульсивності, агресивності, ізоляції;
- ознаки алкогольної чи іншої адиктивної поведінки;
- порушення правил поведіння зі зброєю, нехтування заходами особистої безпеки.

Виявлені сигнали підлягають службовій фіксації у внутрішніх робочих документах без формулювання медичних діагнозів.

## ***II. Негайне забезпечення фізичної та психологічної безпеки***

У разі середнього або високого суїцидального ризику безпосередній керівник зобов'язаний без зволікань ініціювати перед керівником підрозділу *організаційні обмеження щодо діяльності працівника*:

- тимчасове усунення від несення служби зі зброєю та спеціальними засобами;
- заборону перебування працівника на самоті під час чергувань;
- обмеження доступу до потенційно небезпечних предметів;
- встановлення ситуативного контролю з боку безпосереднього керівника або визначеної керівником підрозділу особи (крім психолога).

Зазначені заходи не є дисциплінарним стягненням, а мають виключно превентивне і захисне спрямування.

## ***III. Проведення первинної стабілізаційної індивідуальної бесіди***

Керівник підрозділу визначає відповідальну особу (з числа керівного складу), яка зобов'язана невідкладно провести конфіденційну бесіду з працівником. Бесіда має бути проведена з дотриманням безпечних умов і таких *принципів*:

- недирективного стилю;
- емоційної нейтральності;
- відсутності тиску, осуду або адміністративних погроз.

Під час бесіди керівник має право прямо та коректно з'ясувати наявність суїцидальних думок, без страху «спровокувати» суїцид.

*Заборонено*:

- знецінювати переживання;
- апелювати до службового обов'язку як засобу тиску;
- використовувати моральні або релігійні аргументи як засіб стримування.

## ***IV. Обов'язкове залучення фахівця із психологічного забезпечення***

Безпосередній керівник звертається до керівника підрозділу з рапортом (зміст рапорту викладено нижче в пункті V «Службове документування реагування») і невідкладно

інформує фахівця із психологічного забезпечення про виявлені ознаки ризику, забезпечує:

- негайне проведення кризового психологічного оцінювання;

- організацію первинного стабілізаційного консультування;
- визначення необхідності спеціалізованої психодіагностики.

Направлення до фахівця із психологічного забезпечення має обов'язковий характер за середнього та високого рівнів ризику.

#### ***V. Службове документування реагування***

Безпосередній керівник оформлює рапорт, у якому зазначають:

- дату й підстави реагування, обставини події;
- потребу в залученні фахівців із психологічного забезпечення, інформування фахівців медичної служби;
- характер застосованих організаційних заходів безпеки.

У службових документах категорично заборонено фіксацію психіатричних діагнозів й особистих зізнань працівника.

#### ***VI. Медико-психіатричне залучення (за наявності певних показників)***

Керівник підрозділу зобов'язаний ініціювати залучення фахівців із психологічного забезпечення, фахівців медичної служби та направлення працівника на позачергове психолого-психіатричне обстеження до відомчого лікувального закладу в разі виявлення:

- чітко сформованого суїцидального наміру або плану;
- попередньої (незавершеної) суїцидальної спроби;
- психотичних виявів;
- розладів в емоційній та мотиваційно-поведінкових сферах;
- стану алкогольного чи наркотичного сп'яніння;
- різкого порушення поведінки.

На працівника, якого направляють на позачергове психолого-психіатричне обстеження, має бути підготовлено відповідний пакет супроводжувальних документів, а саме:

- направлення на позачергове психолого-психіатричне обстеження до відомчого лікувального закладу (за підписом керівника підрозділу);
- службова характеристика,

– висновок/інформація фахівця із психологічного забезпечення.

Направлення на позачергове психолого-психіатричне обстеження до відомчого лікувального закладу має бути здійснено за обов'язкового супроводу працівника визначеною керівником особою (за потреби – із залученням фахівця із психологічного забезпечення або фахівця медичної служби).

### ***VII. Подальший супровід***

Керівник підрозділу здійснює організаційний контроль за відповідним процесом, а безпосередній керівник:

– забезпечує контроль виконання рекомендацій психолога та лікаря-психіатра;

– підтримує стабільний робочий контакт із працівником;

– не допускає стигматизації, тиску або неслужбових пліток у колективі;

– за необхідності коригує службове навантаження.

### ***VIII. Повторне реагування та кризова ескалація***

У разі повторного погіршення стану, нових суїцидальних висловлювань, деструктивної поведінки безпосередній керівник повторно застосовує повний алгоритм.

**Алгоритм дій фахівця із психологічного забезпечення в разі виявлення ознак суїцидального ризику** (*базовий принцип алгоритму*: жодне службове завдання не може мати пріоритет над запобіганням втраті життя).

#### ***I. Первинне професійне реагування та ідентифікація рівня ризику***

Фахівець із психологічного забезпечення зобов'язаний негайно розпочати професійне оцінювання в разі:

– надходження інформації від керівника підрозділу;

– прямого звернення працівника;

– отримання сигналів від колег, керівників стажування, наставників, консультантів програми «Рівний – Рівному», працівників медичної служби;

– виявлення суїцидальних маркерів під час планового психодіагностування.

*Оцінювання здійснюють шляхом:*

– психологічної бесіди;

– аналізу поведінкових, емоційних і мовленнєвих індикаторів;

– первинного визначення рівня ризику (низький – середній – високий).

## ***II. Забезпечення негайної психологічної та кризової безпеки***

У разі середнього або високого ризику психолог зобов'язаний ініціювати невідкладні захисні заходи, а саме:

- рекомендацію керівнику щодо тимчасового відсторонення працівника від служби зі зброєю;
- заборону перебування особи в стані ізоляції;
- безперервний кризовий контакт із фахівцем;
- супровід працівника до безпечного приміщення (кабінет психолога, медична частина) спільно із закріпленим працівником.

Зазначені дії мають превентивний і захисний характер та не є медичним втручанням.

## ***III. Проведення кризового психологічного інтерв'ювання***

Фахівець із психологічного забезпечення проводить *структуровану кризову бесіду*, у межах якої:

- прямо з'ясовує наявність суїцидальних думок, планів, задумів і намірів, способів та засобів;
- оцінює наявний рівень розладів настрою та емоційної сфери, імпульсивності, схильності до дезадаптивних форм поведінки;
- визначає фактори ризику, фактори психологічного стримування, наявні ресурси підтримки.

*Заборонено:*

- применшувати небезпеку;
- вступати в дискусію щодо «доцільності» життя;
- перебирати на себе роль «єдиного рятівника»;
- супроводжувати працівника до відомого лікувального закладу, медичної частини самостійно без супроводу визначеного керівником підрозділу працівника.

## ***IV. Психодіагностичне підтвердження рівня ризику***

За наявності відповідних показників фахівець із психологічного забезпечення застосовує спеціалізовані методики прямого оцінювання суїцидального ризику (перелік див. вище).

Отримані результати:

- використовують виключно в клініко-психологічному контексті;
- не передають керівнику у форматі балів, шкал або діагнозів;
- формулюють у вигляді рівня ризику та рекомендацій.

## ***V. Документування кризового випадку***

*За дорученням керівника підрозділу фахівець із психологічного забезпечення оформлює:*

- направлення на позачергове психолого-психіатричне обстеження до відомчого лікувального закладу;
- висновок/інформацію фахівця із психологічного забезпечення (актуальна інформація, що може допомогти лікарю-психіатру в постановці діагнозу, але не підпадає під гриф ДСК);
- довідку про результати психологічного супроводження працівника (довідка має гриф ДСК, тому її надають за потреби з урахуванням специфіки документообігу);
- рекомендації щодо організаційних обмежень щодо подальшого проходження служби, психологічного супроводу працівника тощо.

*Документи:*

- зберігають у режимі обмеженого доступу;
- не підлягають вільному поширенню;
- їх не використовують як підставу для дисциплінарного покарання.

## ***VI. Кризовий психологічний супровід***

*Фахівець із психологічного забезпечення організовує:*

- стабілізаційні сесії;
- короткострокове кризове консультування;
- формування навичок психоемоційної саморегуляції;
- роботу із соромом, провинною, безнадією;
- психологічне відновлення після гострої фази.

## ***VII. Контроль доступу до вогнепальної зброї та навантаження***

*Фахівець із психологічного забезпечення:*

- не приймає рішень щодо допуску самотійно;
- формує професійні рекомендації керівництву;
- бере участь у повторному оцінюванні перед відновленням доступу до зброї.

## ***VIII. Ініціювання міждисциплінарної взаємодії***

У разі високого ризику фахівець із психологічного забезпечення негайно ініціює залучення:

- керівника підрозділу та безпосереднього керівника (у межах необхідного мінімуму інформації з метою супроводу, контролю поведінки, ужиття заходів безпеки);

– лікаря-психіатра через направлення на позачергове психолого-психіатричне обстеження до відомчого лікувального закладу;

– фахівців медичної служби підрозділу.

*Фахівець із психологічного забезпечення:*

– не встановлює психіатричних діагнозів;

– не призначає медикаментозного лікування;

– не приймає одноосібно рішення щодо направлення на позачергове психолого-психіатричне обстеження.

### ***ІХ. Постсуїцидальний супровід (з урахуванням висновків лікаря-психіатра)***

*Після незавершеної суїцидальної спроби фахівець із психологічного забезпечення:*

– здійснює інтенсивний динамічний супровід;

– координує взаємодію з лікарем-психіатром;

– працює з травмою, соромом, страхом стигматизації;

– готує висновки щодо умов безпечного відновлення.

### ***Х. Повторне діагностування та профілактика рецидивів***

*Фахівець із психологічного забезпечення:*

– проводить повторне оцінювання через визначені інтервали;

– забезпечує включення особи до програм психологічної підтримки.

Отже, аутоагресивна та суїцидальна поведінка серед персоналу системи МВС України постає як глибоко латентний феномен, який розгортається в континуумі, – від непрямих саморуйнівних тенденцій і несуйцидальних самопошкоджень до сформованих суїцидальних намірів, спроб і завершених актів. Її виникнення зумовлено поєднанням особистісно-психологічних, мікросоціальних, професійних, медико-біологічних та екзистенційних чинників, які в умовах війни, високого службового навантаження, хронічного стресу та доступу до вогнепальної зброї набувають особливої ваги.

Узагальнення наукових даних та аналіз специфіки службової діяльності працівників МВС засвідчують, що суїцидальна поведінка зрідка є раптовим, імпульсивним актом. У більшості випадків їй передують тривалий передсуїцидальний період, формування суїцидальних тенденцій та динаміка внутрішньої дезадаптації, що виявляються в зміні емоційного стану, поведінкових патернів, комунікації та ставлення до власного життя. Своєчасне розпізнавання цих виявів, чутливість

до вербальних і невербальних сигналів, уважне ставлення до «незрозумілих» змін у поведінці підлеглих є ключовою умовою профілактики фатальних наслідків.

Запропоновані алгоритми дій керівника та фахівця психологічного забезпечення, сформульовані на засадах пріоритету збереження життя та психічного здоров'я працівника, є невід'ємною складовою системи психологічного забезпечення МВС України.

## РОЗДІЛ II

### АДИКТИВНА (ЗАЛЕЖНА) ПОВЕДІНКА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ОСОБИСТІТЬ ПРАЦІВНИКА МВС УКРАЇНИ

---

Проблема залежностей в умовах сьогодення набуває масштабів, що виходять за межі індивідуальної вразливості окремої людини. *Адиктивна поведінка*, яка часто починається як спроба тимчасово зняти напруження, упоратися зі стресом або компенсувати емоційне виснаження, поступово перетворюється на *стійкий деструктивний механізм подолання складнощів*. Втрачаючи контроль за способом задоволення потреби, людина переходить від ситуативного випадку до залежності, що проникає в усі сфери її життя.

*Адиктивна поведінка* працівників системи МВС України не лише підриває психологічну та фізичну стійкість, а й *впливає на здатність ефективно виконувати службові обов'язки, приймати відповідальні рішення та дотримуватися вимог службової дисципліни*. Постійний стрес, вплив травмувальних подій, підвищена відповідальність, ризики для життя і здоров'я створюють додаткові передумови для формування залежностей як способу уникнення напруження. Адикція руйнує міжособистісні стосунки, знижує рівень самоконтролю, викривлює професійне мислення та обмежує здатність до конструктивної саморегуляції, що може призводити як до особистісних криз, так і до службових порушень. Тому розуміння природи залежностей, механізмів їх формування та впливу на особистість працівника МВС є ключовою умовою ефективної профілактики, підтримання психічного здоров'я та збереження професійної придатності.

*Адикція* (лат. *addictus* – «приречений до рабства за борги») – це форма залежної поведінки, за якої людина втрачає здатність контролювати власні дії, емоції та потреби, а засіб отримання короточасного полегшення (речовина чи діяльність) поступово набуває головного значення в житті. Адикції притаманні нав'язливість, повторюваність, зниження критичного контролю, підвищення толерантності та продовження поведінки, попри негативні наслідки для фізичного здоров'я, психічної стійкості, соціального функціонування та професійної діяльності.

*Ключові ознаки адикції:*

- втрата контролю за частотою та інтенсивністю поведінки;
- домінування адиктивної дії над іншими життєвими сферами;
- зниження критичності, заперечення проблеми;
- зростання толерантності (потрібні вищі дози чи інтенсивніші стимули);
- абстинентні симптоми в разі спроби припинити;
- продовження поведінки, попри шкоду для здоров'я та соціального статусу;
- звуження кола інтересів, ізоляція від сім'ї та колег.

***Залежності поділяють на хімічні (речовинні) й нехімічні (поведінкові).*** Для системи МВС особливо небезпечними є такі групи:

*1. Хімічні адикції:*

- алкогольна залежність – одна з найпоширеніших через високий рівень стресу, нерегулярний графік, вплив службових подій;
- нікотинова залежність;
- наркотична залежність;
- полінаркотичні адикції – комбінації алкоголю з іншими психоактивними речовинами (ПАР).

*2. Нехімічні адикції:*

- ігрова залежність (азартні ігри, онлайн-гемблінг);
- цифрові адикції (залежність від смартфона, соцмереж, онлайн-ігри, порнографія);
- робоголізм (трудоголізм) – особливо поширений серед працівників із високим рівнем службової відповідальності;
- адреналінова залежність – прагнення до ризику, небезпечних дій;
- спортивні адикції (надмірне тренування як спосіб уникнути емоцій);
- шопоголізм;
- харчові адикції.

Для працівників МВС України адикція часто розвивається як спроба самостійного подолання психоемоційного перенавантаження, пов'язаного зі службовими ризиками, високою відповідальністю, постійними стресовими чинниками й обмеженими можливостями для відкритого вираження емоцій. Саме тому зависання в шкідливих способах «самозаспокоєння»

може непомітно перейти у форму залежності й становити реальну загрозу як для особистого здоров'я, так і для безпеки служби.

*Адиктивна поведінка з часом позначається на зовнішності, стилі спілкування, професійній діяльності, інтересах й емоційно-вольовій сфері працівника.* Виявлення таких змін є важливим елементом профілактики.

### **1. Зовнішній вигляд:**

– неохайність, недбалість, погіршення гігієни (незвичний запах, м'ята форма, неакуратний вигляд) – часто свідчать про втрату контролю, апатію або регулярне вживання психоактивних речовин;

– раптова зміна стилю, демонстративність або прагнення привернути увагу;

– надмірна оригінальність, використання нетипових елементів гардероба (чоловіками – жіночих деталей, зайвої кількості прикрас, екстравагантних аксесуарів тощо);

– приховування слідів самоушкоджень або ін'єкцій (закритий одяг у спеку, відмова оголити руки).

### **2. Стиль спілкування, мовлення та соціальні контакти:**

– замкнутість, відчуженість, уникання колег, відмова від взаємодії чи традиційних командних активностей;

– нелюдяність, зниження емпатії, черствість, підвищена критичність або агресивна реакція на зауваження;

– протилежний полюс – розв'язність, надмірна балакучість, нав'язливість у спілкуванні;

– використання ненормативної лексики, брутальності, провокативних висловлювань;

– порушення темпу мовлення – пришвидшене говоріння (ознака стимуляторів), уповільнене – алкоголь або седативні препарати.

### **3. Ставлення до службових обов'язків:**

– недбалість, зниження якості виконання завдань, часті помилки;

– порушення дисципліни, запізнення, пропуски несення служби;

– зниження працездатності;

– порушення концентрації уваги, забудькуватість;

– конфліктність, імпульсивність, порушення службової субординації;

– орієнтованість на особисті інтереси, нехтування потребами служби або, навпаки, демонстративне «жертвування собою» (маскувальний механізм);

– переоцінка власної значущості, кар'єризм, завищена самооцінка, що поєднані з низькою відповідальністю;

– порушення правил поведінки зі зброєю, що підвищує ризики для життя.

#### **4. Інтереси та захоплення:**

– раптова зміна уподобань, поява незвичних, екстравагантних або небезпечних хобі;

– схильність до «оригінальності», дивакуватості, нетипових колекцій;

– одержимість певним заняттям, заради якого працівник жертвує фінансами, часом, обов'язками;

– захоплення екстремальними видами діяльності, ризикова поведінка – потенційні маркери прихованої адикції або аутоагресії.

#### **5. Емоційно-вольова сфера:**

– дратівливість, запальність, емоційна нестійкість, передусім в умовах відсутності провокативних факторів;

– підвищена вразливість, реактивність, нетерпимість до критики;

– невпевненість, внутрішнє напруження, тривожність;

– байдужість, емоційна «тупість», апатія;

– зниження інтересу до роботи та життя;

– симптоми депресивних станів, що можуть передувати як залежності, так і суїцидальній поведінці;

– раптові перепади настрою, необґрунтовані вибухи емоцій.

**Адиктивна (залежна) поведінка формується поступово та проходить низку закономірних стадій, кожна з яких має характерні психологічні, поведінкові та соціальні індикатори. Розуміння цих етапів є принципово важливим для своєчасного виявлення ризиків, профілактики особистісного функціонування та запобігання деструктивним наслідкам як для працівника системи МВС, так і для ефективності діяльності підрозділу.**

**1. Етап первинного полегшення («відкриття швидкого способу регуляції стану»).** На цій стадії людина відкриває для себе засіб або діяльність, яка забезпечує швидке короткочасне зняття напруження: алкоголь, азартні ігри, онлайн-активності, шопінг, надмірна службова активність, енергетики, переїдання

тощо. Цей спосіб сприймають як соціально прийнятну форму «розрядки» або компенсації стресу.

*Практичні індикатори:*

- висловлювання типу «це допомагає мені відключитися», «після роботи тільки так можу розслабитися»;
- поява очікування емоційного «стимулу» (вечірній алкоголь, «традиційні» ігри після зміни, спонтанні покупки);
- збільшення частоти використання способу після стресових подій чи конфліктів;
- емоційна залежність від «передчуття полегшення».

**2. Етап регулярного використання** (адиктивна поведінка стає типовим способом реагування на складнощі). Адиктивний спосіб регуляції починають застосовувати щоразу в разі появи емоційного дискомфорту (службові складнощі, перевтома, наслідки психотравмувальних подій, сімейні конфлікти). Поступово альтернативні форми відпочинку втрачають значення.

*Практичні індикатори:*

- уникання соціальних контактів, участі в колективних активностях;
- зниження інтересу до служби, професійного розвитку, хобі;
- посилення емоційної нестабільності, дратівливості, нетерпимості;
- збільшення витрат часу, коштів й енергії на об'єкт адикції;
- поява службових «дрібних збоїв» – неухважність, забудькуватість, монотонність мислення.

**3. Етап формування стійкої залежної моделі поведінки** (адикція стає провідним механізмом регуляції). На цьому етапі залежна поведінка набуває характеру стабільної, автоматизованої реакції на будь-який стрес чи дискомфорт. Спостерігаються заперечення проблеми, мінімізація наслідків, опір допомозі.

*Практичні індикатори:*

- повторювані, ритуалізовані дії (однаковий час і спосіб використання об'єкта адикції);
- типові фрази самозахисту («Я контролюю ситуацію»; «Нічого страшного»; «У всіх свої методи відпочинку»);
- перші дисциплінарні проблеми – недотримання регламентів, зниження ефективності, помилки в службових діях;
- повне зникнення інтересу до здорових форм відпочинку;
- конфліктність, віддалення від колективу та сім'ї.

**4. Етап домінування залежності** (адикція визначає стиль життя і службової поведінки). Залежність починає формувати мотивацію та визначати поведінку. Людина підпорядковує свої рішення, час, ресурси та соціальні зв'язки об'єкта адикції. Поступово відбуваються соціальна ізоляція, деградація професійного функціонування.

*Практичні індикатори:*

- спад дисципліни, порушення режиму служби, пропуски, запізнення;
- уникання обговорення свого стану, закритість, підозрливість;
- фінансові складнощі, неконтрольовані витрати, борги;
- погіршення зовнішнього вигляду;
- втрата життєвих орієнтирів, звуження кола інтересів до адиктивної поведінки.

**5. Етап кризи та руйнування життєво-особистісних систем** (виснаження ресурсів і загроза життю). Ця стадія характеризується системним виснаженням фізичних, емоційних, когнітивних і соціальних ресурсів. Підвищується ризик агресивної, аутоагресивної, саморуйнівної та суїцидальної поведінки. Порушується безпека особи й оточення.

*Практичні індикатори:*

- часті лікарняні, численні соматичні скарги, порушення сну, зміна ваги;
- виражена апатія, емоційне вигорання, зникнення інтересів;
- неконтрольовані емоційні сплески, агресія, панічні реакції;
- порушення службових інструкцій, небезпечні або імппульсивні дії зі зброєю чи технікою;
- занедбання побуту, гігієни, стосунків, втрата соціальних зв'язків;
- у тяжких випадках суїцидальні думки, аутоагресія, саморуйнівні вчинки.

*Адиктивна поведінка формується як стійка деструктивна модель реагування на стрес, емоційне напруження та внутрішні конфлікти.* Для працівників системи МВС, діяльність яких супроводжується високим рівнем ризику, непередбачуваності та психоемоційного навантаження, такі механізми становлять особливу небезпеку.

### **Ключові чинники формування залежної поведінки:**

– *втрата контролю за об'єктом захоплення.* На ранніх етапах адикція виявляється в поступовій втраті здатності контролювати власне захоплення. Обраний спосіб «полегшення» починає визначати стиль життя, спосіб мислення, змінювати риси особистості та витіснити конструктивні форми соціальної активності. Для працівників МВС це може виявлятися у: зміщенні пріоритетів зі службових і сімейних обов'язків на поведінковий «ритуал»; нехтуванні правилами безпеки заради отримання чергової «дозі емоцій»; зниженні здатності адекватно реагувати на службові ризики;

– *поступове непомітне укорінення звички.* Адиктивна дія стає частиною повсякденності, і людина перестає усвідомлювати її деструктивний вплив. Виникають механізми заперечення («Я контролюю», «Це нормально»), раціоналізації («Усі так роблять»), мінімізації ризику. Це ускладнює зовнішнє виявлення та потребує уважності керівників і фахівців психологічного забезпечення;

– *прагнення швидкої зміни психічного стану.* Залежна особистість шукає миттєвого полегшення – через психоактивні речовини або специфічні дії (азарт, переїдання, шопінг, геймінг, екстрим-поведінка, трудоголізм). Замість опрацювання складнощів людина уникає їх, підміняючи реальну адаптацію штучною стимуляцією;

– *посилення толерантності та потреби.* З часом «доза» стає недостатньою. Для відновлення попереднього ефекту людина збільшує інтенсивність адиктивних дій. Без звичного стимулу вона вже не здатна подолати навіть незначний стрес. Формується психологічна залежність і стійкі зміни емоційної регуляції;

– *руйнування життєвих сфер.* На фінальних етапах залежність руйнує самоповагу та професійну ідентичність; стосунки з родиною та колективом; фізичне, психічне й соціальне здоров'я; фінансову стабільність і службову репутацію. Для працівника МВС адикція стає безпосередньою загрозою службовій безпеці, дисципліні та здатності виконувати завдання за призначенням.

**Психологічні особливості адиктивної особистості.** Особистість зі схильністю до адикції має комплекс типових рис і характеристик, які формують нестійкий стиль поведінки,

низьку толерантність до стресу та схильність до деструктивних способів регуляції емоційного стану:

– *пасивність і залежність від зовнішніх рішень*. Такі особи уникають відповідальності, вимагають постійних підказок, шукають «сильного лідера». Легко піддаються впливу оточення, що створює ризики в службовій діяльності (залежність від думки групи, «алкогольна солідарність», підлаштування під деструктивні норми середовища);

– *стереотипність і повторюваність поведінки*. Дії стають шаблонними: однотипні реакції, повторювані обіцянки «це востаннє», втечі від відповідальності;

– *схильність до брехні й уникання відповідальності*. Брехня виникає як спосіб послабити тривогу, уникнути покарання, зберегти позитивний образ. Це не завжди намір маніпуляції, здебільшого це інфантильний захисний механізм;

– *низька стресостійкість і гедоністична установка*. Будь-які складнощі переживають як катастрофу. Замість розв'язання проблем людина обирає швидке задоволення (алкоголь, азарт, покупки, соцмережі). Це знижує здатність діяти в умовах службового стресу;

– *демонстративна впевненість за внутрішньої вразливості*. Зовні – упевненість, гіперкомпенсація, інколи зухвалість. Внутрішньо – нестійка самооцінка, прихована тривога, страх оцінювання. Через це адикти часто шукають підтвердження своєї значущості та легко реагують на критику;

– *образливість, недовіра, підозрливість*. Будь-які зауваження сприймають як напад, що породжує конфліктність, агресію, відсторонення від колективу;

– *поверхові контакти і прагнення справити враження*. Такі люди можуть видаватися харизматичними, товариськими, приємними на початку, але уникають близькості, не здатні будувати стабільні стосунки, часто знецінюють інших;

– *перекладання провини та домінування захисних реакцій*. Типові фрази: «Це ви довели мене до цього»; «Усі так роблять»; «Мене не розуміють»; «Це не я винен – це обставини». Це форма психологічної самозбережної стратегії;

– *нетерпимість до стабільності та прагнення емоційної стимуляції*. Рутини викликає нудьгу і дратівливість. Людина шукає «гойдалок» – криз, ризиків, конфліктів, емоційних піків. Часто сама провокує проблеми, бо лише в напруженні відчуває себе «живою».

Розглянемо основні види адиктивної поведінки.

**Алкогольна залежність** – це хронічний поліетіологічний психічний та поведінковий розлад, що характеризується патологічним потягом до алкоголю, втратою контролю за його вживанням, зміною толерантності та розвитком абстинентного синдрому. Алкоголь діє як потужний психоактивний депресант, що впливає на ГАМК-ергічну, дофамінову та глутаматергічну системи мозку, спричиняючи короточасне почуття розслаблення чи ейфорії, за яким неминуче настає нейрохімічний дисбаланс. Алкогольна залежність виникає поступово, на тлі регулярного вживання алкоголю як механізму психологічної розрядки, подолання стресу чи зняття емоційного напруження. У працівників МВС вона нерідко формується як «реакція уникнення» на хронічні стресові чинники служби.

**Для алкогольної залежності характерні:**

- втрата контролю за кількістю та частотою вживання;
- компульсивний потяг – нав'язливе бажання випити, що домінує над іншими потребами;
- підвищення толерантності – потреба в більших дозах для досягнення попереднього ефекту;
- синдром відміни – дратівливість, тремор, пітливість, тривога, безсоння, інколи агресивні спалахи;
- використання алкоголю як «засобу регуляції» емоцій, конфліктів або професійних стресорів;
- пріоритетність алкоголю над іншими видами діяльності – звуження кола інтересів, погіршення стану здоров'я, руйнування соціальних і професійних зв'язків.

**Форми алкогольного сп'яніння:**

*1. Просте (звичайне) сп'яніння* характеризується поступовими змінами психоomotorного й емоційного стану:

- ейфорія, піднесений настрій, розв'язність;
- порушення самокритики, імпульсивність;
- різкі коливання настрою – від веселості до пригніченості;
- порушення координації, мовлення, уповільнення реакцій;
- амнезія окремих епізодів після виходу зі стану сп'яніння;
- післяалкогольне виснаження, головний біль, апатія.

На службі навіть легке сп'яніння критично впливає на здатність до оцінювання ситуацій та керування зброєю чи технікою.

*2. Ускладнене сп'яніння.* Ця форма супроводжується вираженим порушенням емоційної регуляції:

- підвищення агресивності, імпульсивності;
- руйнівна поведінка, конфліктність, некеровані напади злості;
- можливі – самопошкодження, небезпечні дії, ризик травмування;
- схильність до самозвинувачення, плаксивості, самопокарання;
- можливі суїцидальні дії в стані емоційного вибуху («похмуре мовчання», імпульсивна спроба);
- демонстративна «театральність» поведінки (зверхність, драматизація).

Для працівників МВС така форма є критично небезпечною – саме в цих станах часто виникають конфлікти, службові інциденти, агресія із застосуванням фізичної сили чи зброї.

**3. Патологічне сп'яніння.** Найнебезпечніша форма, що має характер короточасного психотичного стану:

- гострі маячні інтерпретації подій;
- галюцинації, страх, нав'язливі ідеї;
- порушення свідомості, дезорієнтація;
- неконтрольовані акти агресії;
- амнезія всього епізоду після відновлення свідомості.

За патологічного сп'яніння агресія часто має безглуздий, хаотичний характер і може бути спрямована як назовні, так і на себе. Це вимагає негайної ізоляції особи та медичного втручання<sup>1</sup>.

***Поведінкові та психологічні маркери алкогольної адикції.*** Наявність двох і більше ознак, зазначених нижче, свідчить про ймовірний розвиток алкоголізму:

***1. Професійні зміни:***

- зниження працездатності та концентрації;
- подовження часу на виконання службових завдань;
- часті помилки, забування, неухважність.

***2. Емоційно-поведінкові зміни:***

- різкі перепади настрою, емоційна нестійкість;
- надмірна веселість, що швидко змінюється роздратуванням;

---

<sup>1</sup> Коkun О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Профілактика поведінкових адикцій військовослужбовців : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2025. Ч. 1. 209 с.

- нетривалі напади агресії, дратівливість;
- апатія, байдужість, втрата мотивації.

### 3. *Порушення соціальної поведінки:*

- нехтування нормами, випадки асоціальних вчинків;
- конфлікти в сім'ї, відмова від спілкування, ізоляція;
- вияви імпульсивності, недоречні жарти чи сексуальні домагання.

### 4. *Когнітивні та мотиваційні зміни:*

- підозрливість, надмірна сконцентрованість на одній темі;
- фрагментарність мислення, логічні «провали», обмовки;
- зниження критичності сприйняття власного стану;
- мотивація до вживання переважає над іншими потребами.

### 5. *Порушення сексуальної сфери:*

- надмірна або, навпаки, знижена сексуальна активність;
- дезінгібована поведінка;
- зміна сексуальних уподобань або дезорієнтація під впливом алкоголю.

**Нікотинова залежність** є однією з найпоширеніших форм адиктивної поведінки серед дорослого населення, а в професіях із підвищеним рівнем стресу (зокрема у правоохоронній діяльності) набуває характеру стійкої, часто соціально прийнятної, але психологічно небезпечної практики саморегуляції. У працівників МВС куріння нерідко виконує функцію швидкого «перемикання» між напруженими епізодами роботи, стає ритуалом професійної взаємодії та квазіадаптивним способом підтримання працездатності. Саме тому нікотинова залежність потребує розгляду як комплексний біопсихосоціальний феномен.

*Нейробіологічні механізми нікотинової дії.* Никотин діє на організм надзвичайно швидко: вже через 7–10 с після вдихання він досягає мозку. Основний психічний ефект пов'язаний з активацією нікотинових ацетилхолінових рецепторів, що запускає каскад нейромедіаторних реакцій. У перші хвилини після куріння спостерігається: викид дофаміну – відчуття задоволення, легкості, «винагороди»; зростання рівня серотоніну – тимчасове зниження тривоги; пригнічення надмірної активності лімбічних структур – зниження емоційної реактивності. Це формує відчуття короточасного психічного комфорту – того, заради чого людина повертається до куріння.

### ***Нікотин парадоксально поєднує дві протилежні дії:***

- стимулювальну (посилення уваги та працездатності через норадреналін);
- розслаблювальну (полегшення напруження через дофамінову саморегуляцію).

У працівників МВС ці ефекти виявляються виразніше, адже діяльність характеризується частими стресовими піками, необхідністю підтримувати високий рівень включеності, готовності та контролю за емоціями.

*Виникнення «нікотинового циклу «напруження – відміни».* Через 40–90 хв ефект нікотину згасає, а мозок переходить у стан відміни. З'являються внутрішній неспокій, дратівливість, проблеми з концентрацією, відчуття напруженості. Саме ці симптоми помилково сприймають як «стрес», а цигарку – як спосіб його зняти. Так формується «замкнене» коло: нікотин провокує напруження – нікотин його і послаблює.

***Нікотинова адикція має виразний психологічний компонент*** і тісно пов'язана з особливостями реагування на стрес, емоційну саморегуляцію та схильність до ритуалізації поведінки:

– *куріння як спосіб «швидкого копінгу».* Цигарка виконує роль «мікропаузи», соціального ритуалу спілкування, засобу зняття внутрішнього напруження, «перемикання» після травмувальних чи емоційно насичених подій. Таке закріплення формує стійку залежність на рівні поведінкових сценаріїв;

– *ілюзія контролю.* Курці часто переконані, що можуть «покинути в будь-який момент». Це свідчить про психологічну раціоналізацію – захисний механізм, який заперечує реальну втрату контролю;

– *умовне підкріплення.* Цигарка починає асоціюватися із: завершенням складного завдання, періодом відпочинку, винагородою, соціальною паузою («Ходімо перекуримо?»). Це формує глибоку зв'язку, яку складно здолати.

### ***Ознаки нікотинової залежності:***

#### ***1) психологічна фіксація:***

- постійні думки про куріння в стресові моменти;
- ритуальність (ранкова цигарка, після їжі, після зміни);

#### ***2) фізична залежність:***

- дискомфорт у разі утримання;
- нічні пробудження з потребою закурити;
- втрата контролю за кількістю цигарок;

3) *соціально-поведінкові ознаки:*

- регулярні виходи на перекур;
- ізоляція під час перерв;
- приєднання до «груп курців» як до кола соціальної підтримки.

*Розвиток ніотинової залежності є поступовим вирізняється зміною психофізіологічних реакцій, поведінкових патернів і мотиваційних установок. У працівників МВС ці стадії можуть розгортатися швидше через високий рівень професійного стресу, нерівномірний режим служби та часте використання куріння як способу оперативної емоційної саморегуляції.*

**I стадія – стадія формування** (початкова адикція). Ця фаза характеризується регулярним курінням, яке стає звичним способом зняття напруження, емоційного «розвантаження» або підтримання концентрації.

*Ключові ознаки:*

- куріння сприймають як «нешкідливу» стратегію саморегуляції;
- з'являються приємні психофізіологічні ефекти (легке розслаблення, полегшення, ясність думок);
- формується ритуальність (ранкова сигарета, після зміни, «перекур з колегами»);
- поведінка видається соціально прийнятною («усі курять», «це пауза між викликами»).

На цьому етапі залежність ще не усвідомлена, а психологічну потребу маскують під звичку або «корисний ритуал».

**II стадія – розгорнута (стійка) залежність.** На цьому рівні нікотин уже впливає на функціонування нервової системи, а організм формує фізіологічну потребу в регулярних дозах.

*Основні вияви:*

- збільшується частота куріння, скорочується інтервал між цигарками;
- виникають симптоми відміни (дратівливість, тривожність, зниження концентрації, фізичний дискомфорт);
- помітні складнощі у виконанні службових завдань без цигарки (після тривалих нарад, змін, патрулювання);
- спроби утримання супроводжуються погіршенням самопочуття;

– цигарка починає відігравати роль «обов'язкового» елементу ритуалу зміни.

Залежність набуває рис поведінкової домінанти – значна частина уваги й мотивації спрямована на пошук можливості покурити.

**III стадія – тотальна залежність** (хронічна нікотинова адикція). Це фаза глибокого фізичного та психологічного закріплення залежності, коли куріння перестає приносити задоволення, його використовують здебільшого для подолання внутрішнього дискомфорту.

*Визначальні риси:*

– куріння набуває характеру автоматизму, без усвідомленої потреби;

– приємні ефекти зникають – цигарка лише «знімає» ознаки нікотинового голоду;

– людина курить, щоб уникнути внутрішнього болю, тривоги, апатії чи напруження;

– виявляються тяжкі фізіологічні наслідки (хронічний кашель, задишка, тахікардія, головний біль, зниження витривалості, розлади сну);

– погіршується емоційна регуляція (дратівливість, коливання настрою, зниження стресостійкості);

– виникає поведінкова ізоляція (частіші виходи на перекури, порушення службової дисципліни, зниження продуктивності).

На цьому етапі залежність не лише шкодить здоров'ю, а й створює реальну загрозу професійній діяльності, передусім в умовах, де потрібні швидкість реакції, висока концентрація уваги та контроль за поведінкою.

**Наркотична залежність** – біопсихосоціальний розлад, що виявляється стійкою фізіологічною та психологічною залежністю від психоактивних речовин (ПАР). Уживання ПАР спричиняє зміни свідомості, емоційного стану, мислення та поведінки. Відсутність ПАР речовини викликає синдром абстиненції, що примушує людину повторно вживати наркотик, формуючи замкнене коло залежності.

Ключовим фактором розвитку наркотичної залежності є **ефект ейфорії** – нетривале відчуття піднесення, задоволення та добробуту, яке не відповідає реальному стану організму. Пошук повторного ейфорійного переживання стає головним мотивом поведінки.

### ***Наркотичній адикції притаманні такі ознаки:***

- втрата контролю за частотою та дозою вживання ПАР;
- компульсивний потяг – сильне, нав'язливе бажання вжити речовину;
- толерантність – постійне збільшення дози для отримання звичного ефекту;
- синдром відміни – фізичні та психічні страждання за відсутності речовини;
- використання наркотику як основного способу уникання проблем, негативних емоцій та стресу;
- руйнування соціальних зв'язків, професійної діяльності та здоров'я, звуження інтересів до однієї теми – «як і де отримати речовину».

Для працівників МВС наркотична залежність є критичною, оскільки веде до втрати самоконтролю, ризикованих дій, порушень службової дисципліни та безпеки.

### ***Фізіологічні та психологічні механізми залежності***

#### ***Фізична залежність:***

- зниження вироблення дофаміну, серотоніну, норадреналіну;
- зміни роботи нейронних мереж, що регулюють мотивацію та емоції;
- порушення обміну іонів і клітинних механізмів;
- зміщення «норми», коли ПАР стає умовою порівняно стабільного стану.

#### ***Психічна залежність:***

- прагнення повторити позитивні емоційні ефекти;
- уникнення відповідальності, проблем, стресових ситуацій;
- формування «наркотичної мотивації», коли всі рішення підпорядковуються доступу до ПАР;
- високий ризик рецидиву після лікування через брак навичок саморегуляції та опори на здорові ресурси.

Відсутність наркотику викликає ***абстинентний синдром («ломку»)***. Це гострий комплекс фізичних і психічних порушень, що виникає внаслідок раптового припинення надходження психоактивної речовини в організм.

### ***Ранні ознаки вживання наркотичних речовин***

#### ***Поведінкові зміни:***

- регулярні й безпідставні зникнення з дому чи роботи;
- уникання колективу, зниження продуктивності;

- поява нової асоціальної компанії;
- брехливість, відчуженість, замкненість.

*Соціально-економічні ознаки:*

- борги, брак коштів;
- зникнення цінних речей;
- поява невідомих хімічних речовин або місткостей.

*Фізичні вияви:*

- зміна розміру зіниць (різке звуження чи розширення);
- блідість або «землистий» колір шкіри;
- розлади сну й апетиту;
- помітна втома або, навпаки, гіперактивність.

*Мовні та поведінкові маркери:*

- використання наркосленгу («колеса», «ширка», «драп»);
- наявність шприців, джгутів, пігулок невідомого

походження.

Ранні ознаки залежать від типу наркотику, способу введення та стадії впливу (сп'яніння, вихід, перерва).

## **Характеристика станів, спричинених різними видами ПАР**

***Гашишне (канабіноїдне) сп'яніння*** – це стан, що виникає внаслідок уживання канабіноїдів (гашиш, марихуана), основна дія яких зумовлена впливом тетрагідроканабінолу (ТГК) на центральну нервову систему. Характеризується змінами емоційного стану, мислення, сенсорного сприйняття та моторики. Сп'яніння розвивається швидко й може варіювати залежно від дози, концентрації ТГК, індивідуальних особливостей та контексту вживання.

***Основні ознаки гашишного сп'яніння***

*Період розвитку ефекту (5–15 хв):*

- відчуття легкості, піднесення, розслабленості;
- емоційна ейфорія, загострене сприйняття звуків, кольорів, часу;
- зниження психомоторної швидкості, сповільнене мислення;
- порушення координації рухів, невпевнена хода;
- сухість губ і рота, почервоніння чи блиск очей;
- розширення зіниць;
- можливі сенсорні спотворення, наприклад, «розтягування часу», змінене сприйняття простору;

– у частини осіб – виникнення тривоги, страху, панічних реакцій, в окремих випадках – поява псевдогалюцинацій або яскравих уявних картин.

*Поведінкові вияви:*

- невмотивовані напади сміху або, навпаки, перехід у стан мовчазної відстороненості;
- зниження критичності до власних дій;
- уповільнена реакція на зовнішні подразники;
- складнощі в зосередженні на службових завданнях;
- раптове зниження продуктивності.

*Післядія (через 2–6 год):*

- виражена втома, слабкість;
- тяжкий, тривалий сон;
- апатія, зниження мотивації;
- розсіяна увага, уповільнення мислення;
- зниження працездатності протягом кількох годин.

*Наслідки в разі регулярного вживання (1–2 місяці й більше):*

- підвищена дратівливість, емоційна нестійкість;
- періодичні спалахи агресивності;
- хронічна денна сонливість, порушення нічного сну;
- головний біль, погіршення пам'яті, зниження концентрації;
- тремор, коливання артеріального тиску;
- зниження мотивації до діяльності («амотиваційний синдром»);
- поступове погіршення службової дисципліни та відповідальності.

**Опіоїдне сп'яніння** – це стан, що виникає внаслідок уживання природних або синтетичних опіоїдів (героїн, морфін, кодеїн, маковий екстракт). Характеризується раптовим пригніченням центральної нервової системи, змінами емоційного стану, поведінки, сенсорного сприйняття та вегетативних функцій. Опіоїди формують одну з найшвидших і найтяжчих видів залежностей, що супроводжується високим ризиком передозування та летальних наслідків.

**Основні ознаки опіоїдного сп'яніння**

*Розвиток ефекту (кілька хвилин після введення речовини):*

- різко виражена ейфорія («тепла хвиля», відчуття комфорту, безтурботності, внутрішнього розслаблення);

- малорухомість, прагнення усамітнитися, обмеження фізичної активності;
- різке звуження зіниць (симптом «точкових» зіниць – один із головних виявів);
- почервоніння обличчя, шиї, поява свербіння (передусім у ділянці носа й обличчя);
- уповільнена мова, нечіткість висловлювань;
- сповільнені реакції, зниження больової чутливості;
- сонливість, «кльовання носом»;
- пригнічення кашльового рефлексу.

*Поведінкові вияви:*

- прагнення залишитися наодинці, уникання контактів;
- байдужість до оточення, відсутність інтересу до подій;
- нехарактерна повільність рухів і мислення;
- відсутність емоційної реакції, «маскоподібність» обличчя;
- можливість приховувати ознаки сп'яніння (крім зіниць).

*Стан під час виходу зі стану сп'яніння:*

- розширені зіниці (контрастно до попереднього стану);
- соматичний дискомфорт (нудота, блювання, біль у м'язах і суглобах);
- порушення серцевого ритму, підвищення температури;
- безсоння, озноб, рясне потовиділення;
- раптові коливання настрою, тривога, роздратування.

Цей стан може бути першим сигналом формування фізичної залежності.

*Наслідки регулярного використання.* Опіоїдні наркотики спричиняють залежність надзвичайно швидко, передусім у разі внутрішньовенного введення. Через 1–2 тижні регулярного вживання можуть виявитися:

- втрата інтересу до сім'ї, служби, будь-яких соціальних ролей;
- стрімке схуднення, темні кола під очима, поганий стан шкіри;
- порушення сну (сонливість удень, безсоння вночі);
- зростання толерантності (потрібні більші дози для ейфорії);
- фінансові проблеми, борги, втрати цінних речей;
- часті інфекції (гепатити, дерматити, ураження судин);
- підвищений ризик передозування.

*Абстинентний синдром («ломка»)* є основним симптомом опіоїдної залежності, зокрема це:

- сильний біль у м'язах, «викручування» кінцівок;
- озноб, підвищене потовиділення, тремор;
- ринорея (виділення з носа), слезотеча;
- безсоння, дратівливість, тривога, паніка;
- різке розширення зіниць;
- діарея, блювання;
- сильний психологічний потяг до речовини.

«Ломку» вважають одним із найважчих станів, що нерідко спричиняє повторне вживання.

***Психостимуляторне сп'яніння*** – це стан, що виникає внаслідок уживання стимулювальних ПАР (амфетамін, MDMA, первертин тощо), які активізують центральну нервову систему. Це супроводжується підвищенням фізичної та психічної активності, порушенням сну, змінами настрою, мислення та поведінки. Психостимулятори створюють відчуття припливу енергії, впевненості, «всемогутності», водночас підвищують ризик імпульсивної, агресивної та небезпечної поведінки.

***Основні ознаки психостимуляторного сп'яніння***

*Розвиток ефекту (за кілька хвилин – до 30 хв після прийому):*

- стрімке підвищення енергійності, фізичної активності;
- відчуття ейфорії, внутрішнього підйому, «легкості»;
- виражена активізація мислення, «злива думок»;
- зниження потреби в сні, невтомність;
- розширені зіниці, блиск очей;
- пришвидшені серцебиття, артеріальний тиск;
- сухість у роті, можливий тремор;
- посилений статевий потяг (передусім у разі вживання MDMA).

*Поведінкові вияви:*

- незвично жвава, збуджена поведінка, багатослів'я;
- надмірна товариськість, нав'язливе прагнення до спілкування;
- пришвидшення мовлення, перехід з теми на тему;
- переоцінювання власних можливостей, демонстративна впевненість у собі;
- схильність до ризикованих рішень, нехтування безпекою;

– можливі спалахи агресивності, підозріливості, конфліктності;

– у разі тривалого безсоння – дезорганізована поведінка, підозріливість, елементи параноїдного мислення.

*Психічний стан:*

– відчуття «прояснення свідомості», «геніальних ідей»;

– емоційна лабільність – від ейфорії до дратівливості й агресії;

– посилення тривожності, уразливість до критики;

– можливий розвиток тривожно-параноїдних симптомів (підозріливість, ідеї переслідування);

– у разі MDMA – відчуття «єднання», емпатії, любові до оточення, зниження критичності.

*Післядія (за кілька годин – добу).* Після завершення активної дії психостимулятора формується стан виснаження:

– виражена втома, виснаження, «злам»;

– депресивне тло настрою, дратівливість, сльозливість;

– складнощі з концентрацією, зниження пам'яті;

– головний біль, серцебиття, відчуття внутрішнього тремтіння;

– порушення сну (складно заснути, поверхневий тривожний сон);

– іноді – суїцидальні думки, відчуття «повного краху».

Регулярне вживання стимуляторів посилює ці стани, формуючи хронічну тривогу, емоційну нестабільність і «провали» в настрої.

*У разі систематичного вживання можуть спостерігатися:*

– постійне напруження, нестриманість, конфліктність;

– виснаження нервової системи, порушення сну, хронічне безсоння;

– стрімка втрата ваги, виснажений вигляд, темні кола під очима;

– раптові коливання настрою (від ейфорії до дратівливості та депресії);

– формування психостимуляторного психозу (марення переслідування, галюцинації, агресивні дії);

– підвищення ризику суїцидальних та аутоагресивних дій у періоди «провалу» настрою;

– високий ризик серцево-судинних ускладнень (аритмії, гіпертонічні кризи, інфаркти).

**Полінаркотичні адикції** – це складна форма залежності, за якої людина одночасно або послідовно вживає декілька психоактивних речовин (ПАР), що взаємодіють між собою та суттєво посилюють токсичний, психічний і поведінковий вплив. Такий тип адикції вважають одним із найнебезпечніших, оскільки він:

- швидко формує як психічну, так і фізичну залежність;
- має тяжчий і непередбачуваний перебіг;
- значно ускладнює діагностику та лікування;
- призводить до високого рівня смертності, критичних станів.

**Полінаркотичні залежності часто виникають у разі спроби:**

- «посилити» ефект основного наркотику;
- знизити дискомфорт («зняти» дію іншої ПАР);
- компенсувати абстинентні вияви;
- експериментувати в стані психоемоційної нестабільності.

**Ігрова залежність** – форма поведінкової адикції, що характеризується патологічним потягом до азартних ігор. Вона формується поступово й супроводжується втратою контролю, подовженням часу й ресурсів, що витрачають на азартну діяльність, попри негативні наслідки для професійної, соціальної та сімейної сфер. На відміну від звичайного інтересу до гри, ігрова залежність – це не про гроші чи виграш, а насамперед про зміну емоційного стану. Людина прагне не стільки результату, скільки переживання азарту.

**Психологічні механізми формування ігрової залежності**

1. *Порушення системи винагороди мозку.* Азарт активує викид ендорфінів і дофаміну, що створює інтенсивне почуття задоволення та ейфорії. З плином часу мозок «звикає» до високого рівня стимуляції, і людина потребує ризикованіших ставок або довшого ігрового процесу.

2. *Толерантність до азарту.* Для підтримання звичного рівня емоційного збудження необхідно підвищувати розмір ставки, частоту гри, шукати ризикованіші й екстремальніші умови.

3. *Порушення емоційної регуляції.* Азартна поведінка стає способом уникнути психологічного напруження, тривожності, депресивних переживань, тобто виконує функцію «емоційного знеболання».

4. *Фіксація на азарті як визначальній мотивації.* Залежність витісняє інші життєві інтереси, знижує самоконтроль, погіршує критичність мислення, що вкрай небезпечно в умовах службової діяльності.

**Азарт як психологічне переживання.** Азарт вирізняється тим, що його предметом є саме відчуття емоційного підйому, а не результат гри. *Головним нейрохімічним чинником є ендорфін, який:*

- раптово підвищує настрій;
- приглушує фізичний та емоційний біль;
- компенсує депресивні симптоми;
- створює відчуття «поток» та внутрішньої свободи.

Це пояснює, чому азарт приваблює навіть тих, хто не має схильності до ризикової поведінки.

*Нормальний азарт* – це нетривале імпульсивне переживання під час гри, змагань чи діяльності, що є джерелом емоційного або інтелектуального задоволення і НЕ спричиняє втрату контролю.

**Цифрові адикції** – форма нехімічної залежності, що виявляється патологічною, неконтрольованою та компульсивною залученістю до використання цифрових технологій (інтернету, смартфонів, соціальних мереж, онлайн-ігор, стримінгових платформ, месенджерів, віртуальних комунікацій). Для цього типу залежності характерним є порушення механізмів саморегуляції, зниження здатності до вольового контролю та домінування цифрової активності над іншими формами поведінки, що призводить до соціальної, емоційної та професійної дезадаптації. Цифрову залежність визначають як *мультифакторний психобіологічний феномен*, формування якого відбувається на перетині нейробіологічних, психологічних, когнітивних і соціокультурних чинників.

### ***Психобіологічні механізми цифрових адикцій***

1. *Надмірна стимуляція системи винагороди мозку.* Цифрові платформи побудовані за принципом «миттєвого підкріплення»: сповіщення → лайк → коментар → стисле відео → оновлення стрічки. Кожен такий стимул зумовлює дофаміновий викид, що створює нетривале відчуття задоволення та посилює бажання повторити дію.

2. *Дисфункція префронтальної кори.* Хронічне цифрове перевантаження знижує активність зон мозку, відповідальних за: довільний контроль поведінки, планування, гальмування

імпульсивних дій, концентрацію уваги. Це послаблює здатність людини встановлювати й дотримуватися обмежень у цифровому користуванні.

### *3. Патологічне зміщення мотиваційної сфери.*

Формуються «цифрові підкріплення» – зовнішні стимули, які заміщують природні форми задоволення та емоційного контакту: реальне спілкування замінюється віртуальним; відпочинок – переглядом стрічки; емоційне розвантаження – активністю онлайн. Це призводить до зміни ієрархії потреб, коли цифрові стимули набувають надцінного значення, витісняючи професійні, соціальні та сімейні обов'язки.

### **Особливості цифрових адикцій**

#### *1. Психологічні механізми:*

– феномен FOMO – страх пропустити важливу інформацію;

– потреба у визнанні (через лайки, підписників, коментарі);

– уникнення тривоги й емоційного напруження за допомогою цифрових стимулів;

– формування ритуальних поведінкових патернів (нав'язлива перевірка смартфона).

#### *2. Когнітивні зміни:*

– «кліпове мислення» – переважання фрагментарної, поверхневої обробки інформації;

– зниження рівня довготривалої концентрації;

– цифрова прокрастинація.

#### *3. Соціальні та професійні наслідки:*

– використання гаджетів як способу психологічної втечі після стресових або травматичних подій;

– формування залежності через вдавання «службової необхідності бути на зв'язку»;

– підвищення ризику службових помилок через постійне відволікання;

– зниження бойової та оперативної надійності;

– порушення алгоритмів безпеки під час поводження зі зброєю та технікою;

– імовірність несанкціонованого поширення службових відомостей.

**Трудоголізм** – це форма поведінкової адикції, що супроводжується компульсивним, неконтрольованим

прагненням працювати, попри фізичне виснаження, психологічні наслідки та занепад інших сфер життя.

У системі МВС трудоголізм украй небезпечний, оскільки:

- підвищує ризики помилок у службовій діяльності, зокрема критичних помилок реагування;

- сприяє виснаженню ресурсів, що підвищує ймовірність вигорання;

- провокує коморбідні залежності (алкоголь, стимулятори, азартні ігри);

- призводить до емоційної «черствості», зниження емпатії, дефіциту комунікації в підрозділі;

- формує стиль поведінки, у якому робота стає головним способом уникнути емоційного болю.

***Трудоголізм адаптивний на початку, що згодом стає деструктивним способом регуляції внутрішнього стану.*** На ранніх етапах робота відвертає від переживань, створює ілюзію контролю та компетентності, стає єдиним джерелом самовизначення та самозаспокоєння.

### ***Причини формування трудоголізму***

#### ***1. Особистісні фактори:***

- висока тривожність, потреба в контролі;
- низька самооцінка, що компенсується досягненнями;
- страх неуспішності, доведення власної цінності через продуктивність;

- перфекціонізм, максималізм, ригідність мислення.

#### ***2. Сімейні фактори:***

- виховання за принципом «цінність дорівнює результат»;
- дефіцит емоційного тепла, який компенсують працею;
- моделі гіпервідповідальності.

#### ***3. Організаційні фактори (актуальні передусім для МВС)***

- хронічний стрес, режим невизначеності, воєнний стан;
- культура «постійної готовності», яка заохочує перевантаження;

- відсутність чітких меж між службою та особистим часом;

- суспільний запит на героїзацію самопожертви.

***Працівник відповідальний, мотивований і дисциплінований не є трудоголіком.*** Проблемою стає ситуація, у якій:

- робота перестає бути частиною життя – вона стає всім життям;

- висока зайнятість перетворюється на компульсію;
- зовнішня ефективність поєднується із внутрішньою порожнечою.

*Трудоголізм супроводжується:*

- виснаженням нервової системи;
- соматичними порушеннями (гіпертонія, аритмія, порушення сну);
- емоційним вигоранням;
- соціальною ізоляцією;
- девальвацією сімейних стосунків.

У працівників МВС це з плином часу може призводити до службових конфліктів, помилок у прийнятті рішень, зростання ризикованості та вразливості до інших форм адикцій.

***Поведінкові та психологічні ознаки трудоголізму***

***1. Порушення балансу діяльності й відпочинку:***

- неможливість «переключитися» після напруженої роботи;

- відчуття провини за відпочинок;
- сприйняття відпочинку як «непродуктивної діяльності».

***2. Постійне переймання думками про роботу:***

- служба «переслідує» навіть у вихідний;
- нічні пробудження з думками про завдання;
- прокручування робочих ситуацій без потреби.

***3. Переоцінка професійної активності:***

- відчуття, що все тримається тільки на ньому;
- гіпервідповідальність («якщо не я – усе зруйнується»);
- нездатність делегування.

***4. Залежність від роботи як джерела емоційної винагороди:***

- радість – тільки під час роботи;
- поза службою – дратівливість, пригніченість або порожнеча;

- потреба в адреналіні, терміновості, навантаженні.

***5. Соціально-побутові порушення:***

- байдужість до родини, друзів;
- уникання домашніх справ як «неважливих»;
- конфлікти через постійну зайнятість.

***6. Психофізіологічні симптоми:***

- погіршення сну;
- головний біль, напруження в м'язах;
- хронічна втома;

– психосоматичні розлади (шлунково-кишкові, серцево-судинні).

*7. Особливості мовлення та мислення:*

- крайні формулювання («завжди», «маю», «повинен»);
- ототожнення себе з роботою («ми» замість «я»);
- катастрофізація помилок.

*8. Зміни особистісного профілю:*

- підвищення вимогливості до себе й інших;
- дратівливість, нетерпимість;
- знецінення потреб інших;
- емоційна холодність.

**Адреналінова залежність** – це форма нехімічної адиктивної поведінки, що вирізняється патологічною потребою в переживанні станів підвищеного фізіологічного й емоційного збудження, які супроводжуються масивним викидом адреналіну, норадреналіну та дофаміну. Людина свідомо або несвідомо провокує ризиковані ситуації, уникає спокою, стабільності, прагне постійного «піку напруження», що перетворюється на стійкий механізм саморегуляції та компенсаторної поведінки.

***Етіологія та чинники ризику***

*Біологічні чинники:*

- генетична схильність до високої потреби в стимуляції;
- підвищена активність симпато-адреналової системи;
- знижена чутливість до природних джерел задоволення (гіпофункція дофамінових рецепторів).

*Психологічні чинники:*

- схильність до імпульсивності та ризикованої поведінки;
- висока потреба в новизні та відчуттях;
- складнощі з емоційною регуляцією, відсутність навичок конструктивного подолання стресу;
- пережиті психологічні травми, ПТСР, професійне вигорання.

*Соціальні фактори:*

- захоплення ризикових форм поведінки;
- соціальні групи з підвищеним рівнем екстремального стилю життя;
- медіалізація «героїчного ризику» та культ екстриму.

**Спортивна адикція** – форма нехімічної залежності, що характеризується патологічною, компульсивною потребою в надмірних фізичних навантаженнях, тренуваннях або участі в спортивній активності, попри шкоду для фізичного, психічного та

соціального функціонування. Вона виявляється як втрата контролю за спортивною поведінкою, домінуванням тренувального процесу над іншими сферами життя, а також формуванням толерантності, коли людина потребує дедалі більших навантажень для досягнення звичного емоційного ефекту. Спортивна адикція містить елементи ендорфінової залежності, адже інтенсивні фізичні навантаження запускають механізми природного знеболення та ейфорії (ендорфіни, допамін), що формують стійкий «внутрішній наркотичний» ефект.

### ***Етіологія та чинники ризику***

#### ***Біологічні фактори:***

- підвищена чутливість до ендорфінів і дофаміну;
- генетична схильність до високого рівня активності;
- порушення стрес-регуляції (гіперактивність симпатичної нервової системи).

#### ***Психологічні фактори:***

- перфекціонізм, висока потреба в досягненнях;
- низька самооцінка, компенсована спортивними результатами;
- потреба в контролі, що реалізується через контроль тіла;
- ейфорія після навантаження.

#### ***Соціальні фактори:***

- культ тіла та фітнесу, соціальні стандарти зовнішності;
- заохочення досягнень у спорті, героїзація «сили» й витривалості;
- груповий тиск (спортивні колективи, змагання).

**Шопоголізм** – це форма поведінкової адикції, що характеризується патологічною, нав'язливою та неконтрольованою потребою здійснювати покупки з метою отримання емоційного полегшення або зняття внутрішнього напруження, а не задоволення реальної потреби. У науковій літературі визначають як компульсивний розлад купівельної поведінки, що належить до спектру імпульс-контрольних й афективно зумовлених адикцій.

***Базові психофізіологічні механізми*** – активація системи винагороди (дофамін, серотонін); короточасне зниження тривожності й депресивності; формування патологічного кола «стрес → покупка → полегшення → вина → знову покупка».

### ***Етіологія та чинники ризику***

#### ***Біологічні фактори:***

- дисбаланс дофаміну та серотоніну;

- підвищена імпульсивність, нейропсихологічні особливості;
- схильність до афективних коливань.

*Психологічні фактори:*

- низька самооцінка, незадоволеність собою;
- хронічний стрес, емоційна нестійкість;
- складнощі в саморегуляції та контролі імпульсів;
- використання покупок як «саморегулятора настрою».

*Соціальні фактори:*

- культура споживання, маркетинговий вплив, реклама;
- оточення, що підтримує демонстративне споживання;
- соціальні мережі (ефект порівняння, «соціальний тиск»).

**Харчові адикції** – форма поведінкової залежності, що характеризується нав'язливим, неконтрольованим потягом до вживання їжі (переважно висококалорійної, жирної, солодкої), яку використовують не для задоволення фізіологічного голоду, а для регуляції емоційного стану, послаблення напруження чи отримання швидкого дофамінового підкріплення. У міжнародній літературі харчову залежність розглядають як компульсивний харчовий розлад, структурно схожий на хімічні адикції.

**Базові психофізіологічні механізми:**

- надмірна стимуляція системи винагороди (дофамін);
- порушення регуляції апетиту (лептин, грелін);
- емоційне харчування як спосіб зняття стресу;
- зниження контролю за імпульсами через виснаження префронтальної кори.

**Етіологія та чинники ризику**

*Біологічні фактори:*

- генетична схильність до імпульсивності й ожиріння;
- порушення роботи центрів голоду/насичення;
- гормональні зміни (кортизол, інсулінорезистентність);
- нейрохімічна чутливість до солодкої та жирної їжі.

*Психологічні фактори:*

- емоційна нестійкість;
- «заїдання» стресу, тривоги, самотності;
- занижена самооцінка, почуття провини;
- хронічне емоційне виснаження, депресивні стани.

*Соціальні фактори:*

- культура «швидкої їжі», відсутність харчових ритуалів;

– соціальні звички в колективі (перекуси на ходу, солодощі під час чергувань);

– нав'язлива реклама, доступність калорійної їжі.

Адиктивна поведінка працівників МВС України є складним біопсихосоціальним феноменом, що формується під впливом індивідуальних психічних особливостей, нейробіологічних механізмів і специфіки службової діяльності. Хімічні та нехімічні залежності виконують однакову деструктивну функцію – стають швидким способом зняття напруження, який поступово витісняє здорові форми саморегуляції та призводить до стійких змін у поведінці, мисленні й емоційній сфері.

Для системи МВС адикції мають надзвичайно небезпечний характер, оскільки безпосередньо впливають на професійну надійність, самоконтроль, швидкість і точність рішень, дисципліну та безпеку поводження зі зброєю. Залежності руйнують ресурсність працівника, деформують ціннісні орієнтири, підвищують ризик службових помилок, конфліктів, корупційних виявів, агресивних або аутоагресивних дій.

**Алгоритм дій керівника підрозділу / безпосереднього керівника в разі виявлення ознак адиктивної поведінки в працівника охоплює такі етапи:**

***1. Етап первинного спостереження та фіксації ознак***

Безпосередній керівник зобов'язаний системно зважати на:

– зміни в дотриманні вимог службової дисципліни (запізнення, пропуски, порушення регламентів);

– динаміку працездатності (зниження концентрації, помилки, забудькуватість);

– емоційні зрушення (дратівливість, апатія, вибуховість, емоційна нестабільність);

– соціальну поведінку в колективі (ізоляція, конфліктність, відчуження);

– порушення правил безпеки, зокрема під час поводження зі зброєю.

Фіксацію здійснюють у формі службових спостережень, без ярликів, діагнозів і публічного обговорення.

Керівник підрозділу здійснює організаційний контроль за відповідним процесом.

## **2. Етап управлінського оцінювання ризику**

Безпосередній керівник здійснює попередню класифікацію рівня функціонального порушення, орієнтуючись на поведінкові, емоційні та службові вияви:

1) *низький рівень ризику* – епізодичні збої без стійких наслідків:

– поодинокі вияви втоми, емоційного напруження, роздратування, що не впливають істотно на виконання завдань;

– ситуативні конфлікти, які врегульовують без тривалого загострення;

– незначні помилки в роботі, що швидко коригують, працівник визнає й виправляє їх;

– немає ознак зловживання психоактивними речовинами або вони мають разовий характер без втрати контролю;

– працівник зберігає загальну працездатність, дисципліну та контактність, відкритий до зворотного зв'язку й готовий співпрацювати;

2) *середній рівень ризику* – системні ознаки дезадаптації:

– повторювані, стійкі зміни настрою (дратівливість, апатія, емоційна «плоскість»), що зберігаються протягом тижнів;

– регулярні скарги на втому, безсоння, зниження мотивації, погіршення концентрації уваги;

– збільшення кількості службових помилок, конфліктів, пропусків чи запізнень, зниження якості виконання завдань;

– активізація вживання алкоголю/нікотину/ліків «для заспокоєння», виправдовування такого вживання («інакше не засну»), «без цього не витримаю»);

– уникання спілкування, ізоляція від колективу, недовірливість, посилення цинізму щодо служби;

– вербальні або поведінкові сигнали аутоагресії (висловлювання про «марність», «безсенсовність», знецінення власних досягнень), але без прямої загрози життю;

– наявність нерозв'язаних сімейних чи фінансових проблем, що суттєво впливають на емоційний стан і службову поведінку;

3) *високий рівень ризику* – загроза безпеці служби, зброї, життя;

– виражені ознаки дезорганізації поведінки: грубі, повторювані порушення дисципліни, імпульсивні або агресивні дії;

– явні або приховані погрози собі чи іншим, висловлювання про небажання жити, «краще все закінчити», «зі мною щось станеться» тощо;

– факти або обґрунтовані підозри щодо вживання алкоголю чи інших ПАР перед або під час служби, поєднані передусім з доступом до зброї;

– стрімкий спад професійного функціонування: нездатність виконувати базові службові обов'язки, дезорієнтація, грубі помилки, що створюють загрозу для колег і громадян;

– наявність попередніх спроб суїциду, самопошкоджень або відвертих заяв про намір це вчинити;

– дані від колег чи родини про небезпечну поведінку (ізоляція, процальні жести, складання «заповітів»);

– поєднання тяжких службових, сімейних та особистісних криз (втрата близьких, борги, службові провадження), унаслідок чого працівник демонструє безнадію та не має планів на майбутнє.

Безпосередній керівник не доходить психологічних або медичних висновків, а лише фіксує рівень управлінського ризику, документує спостереження та ініціює подальші дії (залучення фахівців підрозділів психологічного забезпечення (психологів), медиків, інформування вищого керівництва за підпорядкуванням, тимчасове обмеження доступу до зброї/ризикових завдань тощо).

### ***3. Етап конфіденційної індивідуальної розмови***

Проводиться віч-на-віч, у спокійній, некаральній формі, дотримуючись *принципів*:

– професійної поваги;

– недопущення звинувачень;

– орієнтованості на підтримку, а не контроль.

*Основні завдання розмови:*

– окреслити об'єктивні поведінкові зміни;

– з'ясувати фактори перевантаження;

– запропонувати звернутися до фахівця підрозділу психологічного забезпечення.

### ***4. Етап управлінського залучення фахівця підрозділу психологічного забезпечення***

За наявності ознак середнього або високого рівнів ризику безпосередній керівник звертається до керівника підрозділу з відповідним рапортом і невідкладно інформує фахівця

підрозділу психологічного забезпечення про виявлені ознаки ризику, забезпечує умови для проведення кризового психологічного оцінювання та діагностики.

#### **5. Етап управління ризиками безпеки**

У разі підтвердження високого рівня ризику необхідними є:

- тимчасове обмеження допуску до зброї;
- корекція режиму несення служби;
- обмеження участі в оперативно небезпечних заходах.

Усі рішення оформлюють у встановленому порядку, мінімізуючи стигматизацію.

#### **6. Етап супроводу та контролю динаміки**

Керівник підрозділу здійснює організаційний контроль за перебігом відповідного процесу, а безпосередній керівник:

- забезпечує умови для психологічного супроводу;
- контролює функціональне відновлення, а не «покарання»;
- не допускає формування вторинної стигми в колективі.

#### **7. Принципова управлінська позиція**

Для системи МВС адикція – це не проступок, а індикатор порушення адаптаційних ресурсів, який без втручання трансформується у:

- службові зриви;
- корупційні ризики;
- агресивні й аутоагресивні дії;
- втрату професійної придатності.

**Алгоритм дій фахівця підрозділу психологічного забезпечення в разі виявлення ознак адиктивної поведінки передбачає:**

#### **1. Етап первинного психологічного скринінгу**

*Фахівець підрозділу психологічного забезпечення здійснює:*

- клініко-психологічну бесіду;
- оцінювання рівня стресу, емоційної регуляції, копінг-стратегій, наявності залежної мотивації.

*Застосовують валідизовані методики (перелік не є вичерпним):*

- шкала депресії Бека (BDI);
- шкала безнадійності Бека (BHS);
- шкала психологічного дистресу Кесслера (K-10);
- шкала самопочуття, активності та настрою (САН);
- шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.

## **2. Етап диференційного оцінювання форми адикції**

*Фахівець підрозділу психологічного забезпечення встановлює:*

- тип залежності (хімічна/поведінкова/полінаркотична);
- стадію (формування – стійка – домінувальна – кризова);
- функцію адикції (уникнення, компенсація, стимуляція, самопокарання).

## **3. Етап оцінювання суїцидального й аутоагресивного ризику**

*Обов'язково аналізують:*

- депресивний фон;
- імпульсивність;
- дефіцит самоконтролю;
- наявність суїцидальних думок.

*Застосовують валідизовані методики (перелік не є вичерпним), серед яких:*

– Колумбійська шкала оцінювання тяжкості суїцидальності (C-SSRS);

– шкала суїцидальних думок Бека (BSS);

– стислий скринінговий опитувальник суїцидального ризику (ASQ);

– опитувальник суїцидальної поведінки (SBQ-R).

## **4. Етап визначення рівня психологічного ризику**

Визначення рівня психологічного ризику здійснюють на підставі *комплексного оцінювання:*

- актуального психоемоційного стану особи;
- рівня критичності до власного стану;
- здатності до самоконтролю;
- поведінкових змін;
- наявності попередніх кризових або травматичних подій.

Виокремлюють *три рівні психологічного ризику:*

**1) низький рівень ризику**, який характеризується:

– збереженою критичністю мислення та адекватною оцінкою ситуації;

– відсутністю суїцидальних намірів і планів;

– наявністю ситуативних, епізодичних емоційних складнощів (тривога, пригніченість, втома);

– збереженою здатністю до саморегуляції та звернення по допомогу;

– відсутністю різких змін у поведінці та службовій діяльності;

**2) середній рівень ризику**, який характеризується:

- регулярними порушеннями психологічної адаптації (стійка тривожність, депресивні вияви, емоційне виснаження);
- наявністю суїцидальних думок без чіткого плану реалізації;
- періодичним зниженням самоконтролю;
- змінами поведінки (ізоляція, дратівливість, конфліктність, зниження працездатності);
- посиленням залежної або ризикованої поведінки;

**3) високий рівень ризику**, який характеризується:

- втратою критичності до власного стану;
- імпульсивною, небезпечною або аутоагресивною поведінкою;
- зниженням самоконтролю;
- безпосередньою загрозою для життя особи та/або оточення.

### **5. Етап прийняття міждисциплінарних рішень**

На цьому етапі здійснюють узгодження подальших дій між фахівцями психологічного, медичного й управлінського рівнів.

*Фахівець із психологічного забезпечення:*

- формує професійно обґрунтований психологічний висновок щодо рівня ризику, наявних ресурсів і прогнозу психоемоційного стану;
- ініціює міждисциплінарну взаємодію в разі наявності загрозливих виявів;
- обґрунтовує необхідність: консультації лікаря-психіатра; застосування кризового психологічного втручання; організації середньо- або довготривалого психологічного супроводу;
- бере участь у розробленні рішення щодо тимчасових організаційно-службових обмежень (допуск до зброї, ротація, режим служби тощо) у межах своєї професійної компетенції.

### **6. Етап психологічної інтервенції**

Психологічна інтервенція спрямована на стабілізацію психоемоційного стану, зниження ризиків і відновлення адаптивного функціонування особи.

*Залежно від рівня ризику застосовують:*

- кризове психологічне консультування (у разі гострих станів);
- мотиваційне інтерв'ювання – для подолання заперечення, формування готовності до змін і прийняття допомоги;

- навчання технік емоційної саморегуляції, контролю імпульсивності, зниження тривожності;
- відновлення особистісних ресурсів (сон, фізична активність, соціальна підтримка, сенсове відновлення);
- формування навичок безпечного переживання стресу без використання деструктивних форм поведінки.

Інтервенцію здійснюють індивідуально або в межах програм психологічного супроводу, ураховуючи рівень професійного навантаження.

### **7. Етап супроводу та профілактики рецидивів**

Метою етапу є закріплення позитивних зрушень, попередження повторних криз і стабілізація психоемоційного функціонування.

*Передбачає:*

- повторне психодіагностичне оцінювання у визначені терміни;
- розроблення індивідуального плану психологічної підтримки;
- роботу з професійними тригерами (службові конфлікти, бойовий стрес, перевтома, чергування, втрати);
- формування стійких альтернативних копінг-стратегій;
- підтримку соціальних ресурсів (колектив, сім'я, значущі особи);
- профілактичні бесіди, тренінги стресостійкості, психоседацію.

Супровід здійснюють конфіденційно та не використовують як підставу для дисциплінарних рішень.

Отже, *адиктивна (залежна) поведінка* працівників системи МВС України є не лише індивідуальною психологічною проблемою, а й важливим чинником службової надійності, організаційної культури та загальної безпеки. Хімічні й нехімічні адикції, незалежно від їхнього змісту, виконують однакову деструктивну функцію: тимчасово полегшуючи емоційний стан, вони поступово руйнують механізми саморегуляції, звужують коло життєвих і професійних ролей, знижують здатність до усвідомленого прийняття рішень, підвищують ризик агресивних, аутоагресивних і суїцидальних виявів.

Для правоохоронної системи небезпека полягає в тому, що адикції стосуються ключових компонентів професійної діяльності: здатності діяти в стресових та екстремальних ситуаціях, відповідально поводитися зі зброєю та спеціальними

засобами, дотримуватися вимог законності, етичних стандартів і службової дисципліни. Залежна поведінка призводить до втрати довіри з боку колег і суспільства, підвищує корупційні ризики, сприяє професійній деформації та передчасному вигоранню.

Водночас адикцію не можна розглядати виключно як «провину» окремого працівника. Вона є індикатором виснаження адаптаційних ресурсів особистості в умовах хронічного стресу, воєнного стану, високих морально-психологічних навантажень і недостатньо розвинених систем підтримки. Це потребує від керівників, фахівців психологічного забезпечення та інституції загалом переходу від карально-репресивної моделі реагування до підходу, що ґрунтується на ранньому виявленні ризиків, своєчасній психологічній допомозі, дестигматизації звернення за підтримкою та формуванні здорових альтернативних механізмів саморегуляції.

У цьому контексті надзвичайно важливим є впровадження системи профілактики адиктивної поведінки, яка поєднує: нормативно-правові, організаційні, освітньо-психологічні й індивідуально-консультативні заходи; підготовку керівного складу до управління ризиками залежностей; розвиток резилієнтності, стресостійкості та культури турботи про ментальне здоров'я особового складу, чому й присвячено наступний розділ.

### РОЗДІЛ III

## ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНИХ ВИЯВІВ ТА АДИКТИВНИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У СИСТЕМІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПЕРСОНАЛУ МВС УКРАЇНИ

---

*Система психологічної профілактики в підрозділах МВС України* – це науково обґрунтований, багаторівневий комплекс організаційних, службових, правових, соціально-економічних, освітніх, виховних, психологічних і медичних заходів, спрямованих на збереження, підтримку та відновлення соціально-психологічного благополуччя особового складу, а також на забезпечення фізичного та психічного здоров'я працівників.

Ключовим призначенням цієї системи є *запобігання аутоагресивним виявам (зокрема суїцидальній поведінці) й адиктивним залежностям*, а також мінімізація факторів професійної дезадаптації, емоційного виснаження, порушень поведінки та зниження рівня службової ефективності. Система профілактики є невіддільною частиною комплексної моделі психологічного супроводу МВС і спрямована на забезпечення високої професійної надійності, працездатності й готовності особового складу до дій у складних, ризикованих і екстремальних умовах.

*Система профілактики ґрунтується на таких принципах:*

– *системності* – реалізація профілактичних заходів на всіх рівнях організації служби та їх інтеграція в загальну структуру психологічного супроводу;

– *превентивності* – акцент на ранньому виявленні ризиків і попередженні розвитку аутоагресивної й адиктивної поведінки до моменту її загострення;

– *багаторівневої взаємодії* – узгоджена робота керівників підрозділів, психологів, медичних служб, кадрових і виховних структур із чітким розподілом функцій та відповідальності;

– *наукової доказовості* – застосування сучасних психодіагностичних методик, психологічних моделей, стандартів психопрофілактики та доказових інтервенцій;

– *конфіденційності й етичності* – дотримання принципів професійної етики, створення безпечного середовища, у якому

працівник може звернутися по допомогу без страху осуду чи санкцій.

Профілактичні заходи спрямовані не лише на недопущення кризових станів, аутоагресії та залежних форм поведінки, а й на зміцнення ресурсного потенціалу працівників системи МВС. Пріоритетними є формування стресостійкості, розвиток навичок емоційної регуляції та самоконтролю, підвищення рівня психологічної культури, зміцнення соціальної підтримки, формування здорових моделей поведінки в умовах стресу, а також зміцнення командної згуртованості та підвищення рівня професійної компетентності.

***Єдина система профілактичної роботи в МВС України*** охоплює три пов'язані рівні: *первинну, вторинну і третинну психопрофілактику*, що в сукупності забезпечують безперервний процес попередження аутоагресивних виявів, деструктивної та адиктивної поведінки серед особового складу<sup>1</sup>. Така модель дає змогу своєчасно виявляти ризики, мінімізувати вплив негативних факторів служби та підтримувати високий рівень психологічної стійкості персоналу.

**Первинна психопрофілактика.** Мета – запобігання виникненню кризових, аутоагресивних і залежних форм поведінки, формування психологічної готовності та ресурсності працівників ще до появи ознак неблагополуччя.

***Основні заходи й напрями:***

***1. Професійний психологічний добір і супровід:***

– комплексне оцінювання кандидатів за соціально-правовими, медичними, психофізіологічними та психологічними критеріями;

– систематичний психологічний супровід працівників на різних етапах служби, включно з ризиковими підрозділами та ротаціями;

– регулярний моніторинг стресових реакцій, ознак емоційного виснаження, порушень адаптації або формування залежних стратегій поведінки.

---

<sup>1</sup> Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І., Чижевський С. О. Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України : практ. посіб. / за ред. І. І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2020. 116 с.

## *2. Формування здорового психологічного середовища:*

- підтримання позитивного соціально-психологічного клімату в колективах;
- розвиток командної взаємодії, зміцнення горизонтальних зв'язків і взаємопідтримки;
- реалізація програм сімейної підтримки та кризового консультування для членів родин працівників МВС.

## *3. Психопросвіта та навчання:*

- тренінги зі стрес-менеджменту, профілактики емоційного вигорання, управління агресією, протидії залежностям;
- навчання навичок саморегуляції, психологічної гнучкості, критичного мислення та прийняття рішень в екстремальних умовах;
- популяризація здорового способу життя, формування адекватних моделей реагування на професійний стрес.

**Вторинна психопрофілактика.** Мета – раннє виявлення, корекція та стримування розвитку аутоагресивних, деструктивних і залежних виявів на початкових стадіях.

### *Основні заходи й напрями:*

- психодіагностичні обстеження, скринінги емоційних розладів, депресивних станів, посттравматичних реакцій та адиктивної поведінки;
- індивідуальні консультації та психологічна корекція для працівників, які демонструють ознаки ризику (стрес, порушення самоконтролю, зловживання ПАР, суїцидальні маркери);
- навчання ефективних методів самопомогі та подолання стресу;
- за потреби – направлення до медичних або психотерапевтичних служб, організація спільного мультидисциплінарного ведення випадку;
- контроль за динамікою стану та підтримувальні заходи для запобігання погіршенню.

**Третинна психопрофілактика.** Мета – лікувально-профілактичні та реабілітаційні заходи для працівників із клінічно значущими психічними та залежними розладами, спрямовані на збереження працездатності, відновлення соціального функціонування та запобігання інвалідизації.

### *Основні заходи й напрями:*

- повна психіатрична, психологічна та медична діагностика відповідно до нормативів МВС і МОЗ;

– лікування залежностей, депресивних, тривожних і посттравматичних розладів із використанням доказових практик;

– соціально-психологічна та професійна реабілітація (адаптація до служби, поступове повернення до виконання функцій);

– взаємодія з керівництвом підрозділів щодо раціонального використання працівника під час відновлення;

– довготривале спостереження, підтримка та супровід для запобігання рецидивам.

Психопрофілактичну діяльність у підрозділах МВС України слід здійснювати комплексно та скоординовано, вона має охоплювати п'ять ключових напрямів: *організаційно-нормативний, просвітницький, психологічний, лікувально-профілактичний та науково-методичний*. Кожен із напрямів формує необхідні умови для ефективної профілактики аутоагресивної поведінки, суїцидальних ризиків й адиктивних залежностей, а також для зміцнення психологічної стійкості особового складу.

**1. Організаційно-нормативні заходи** забезпечують управлінську й організаційну основу всієї системи профілактичної роботи.

*1.1. Забезпечення нормативної підтримки:*

– ґрунтовне вивчення керівним складом усіх рівнів нормативно-правових актів МВС щодо профілактики суїцидів, адикцій та деструктивної поведінки;

– чітке дотримання вимог наказів, інструкцій, науково-практичних рекомендацій та їх регулярне оновлення.

*1.2. Управління службовим навантаженням:*

– контроль за дотриманням трудового законодавства;

– недопущення безпідставного встановлення надмірного режиму служби, який підвищує ризик професійного вигорання та аутоагресивних виявів.

*1.3. Контроль та оцінювання профілактичної роботи:*

– періодичні перевірки якості організації психопрофілактики в підрозділах;

– аналіз причин суїцидальних виявів і впровадження корекційних заходів;

– систематичне заслуховування керівників підрозділів, де виявлені суїцидальні або адиктивні ризики.

**2. Просвітницькі заходи** спрямовані на формування культури психологічної безпеки, підвищення обізнаності працівників і зміцнення ресурсності.

**2.1. Професійна підготовка персоналу:**

– заняття, тренінги та курси, які підвищують фізичну, бойову та психологічну готовність до дій в екстремальних умовах;

– навчання керівників методів ефективного управління колективами, попередження конфліктів і реагування на кризові ситуації.

**2.2. Психопросвіта та здоровий спосіб життя:**

– лекції та тренінги з управління стресом, саморегуляції, профілактики залежностей, ВІЛ/СНІД та інфекцій;

– популяризація здорового способу життя через спортивні та культурні заходи.

**2.3. Соціальна та сімейна підтримка:**

– періодична перевірка житлових умов працівників;  
– надання психологічних консультацій щодо сімейних конфліктів;

– зустрічі з членами сімей працівників, сприяння в розв’язанні побутових проблем.

**3. Психологічні заходи.** Складова, що безпосередньо забезпечує виявлення, корекцію та запобігання деструктивним станам.

**3.1. Психологічний добір і супровід:**

– комплексний психологічний добір кандидатів з використанням медичних, соціально-правових і психофізіологічних критеріїв;

– систематичний моніторинг емоційного стану працівників.

**3.2. Психодіагностика та раннє виявлення ризиків:**

– скринінги стресу, депресії, тривожності, ознак ПТСР, адиктивної поведінки;

– індивідуальна робота з працівниками «групи ризику».

**3.3. Психологічна корекція та зміцнення стійкості:**

– проведення психокорекційних заходів, кризових інтервенцій;

– тренінги з подолання стресу, емоційної регуляції, виходу з особистісних криз;

– моніторинг і покращення соціально-психологічного клімату.

**4. Лікувально-профілактичні заходи.** Надання спеціалізованої медичної та психотерапевтичної підтримки.

**4.1. Медичне спостереження:**

– своєчасне виявлення психічних порушень, направлення до відповідних закладів;

– обов'язкові медичні огляди, контроль за їх дотриманням.

**4.2. Лікувально-профілактична допомога:**

– психотерапевтичні інтервенції у випадках адикцій, депресивних і тривожних розладів;

– надання інформації до психіатричних центрів або служб психофізіологічного відбору щодо осіб із ризиковою поведінкою.

**4.3. Усунення негативних факторів:**

– аналіз і мінімізація умов служби, що чинять психотравмувальний або стресогенний вплив.

**5. Науково-практичні заходи** формують доказову та методичну основу профілактичної діяльності в МВС.

**5.1. Аналіз і дослідження:**

– періодичне оцінювання ефективності психопрофілактики;

– виявлення факторів, що негативно позначаються на психологічному благополуччі особового складу.

**5.2. Розроблення освітніх і методичних матеріалів:**

– підготовка нових науково-практичних рекомендацій, тренінгових програм, інструкцій та алгоритмів дій;

– упровадження сучасних, науково обґрунтованих підходів, адаптованих до умов служби в МВС.

Ефективна профілактика суїцидальних ризиків і залежної поведінки можлива лише за умови системного, багаторівневого підходу, що охоплює як організаційно-нормативні, так і психологічні, соціальні й медичні механізми впливу. Найважливішими **заходами, що сприяють контролю та обмеженню відповідних виявів**, є:

1) *постійна увага керівництва МВС до питань профілактики незворотних втрат.* Регулярний аналіз причин кризових ситуацій, контроль за станом дисципліни, психологічним кліматом і дотриманням профілактичних стандартів на всіх рівнях управління;

2) удосконалення системи професійного добору, а саме поглиблене медичне, психофізіологічне, соціально-психологічне та психіатричне оцінювання кандидатів; підвищення якості інтерв'ювання та психологічного скринінгу; створення єдиної бази ризикових факторів для оцінювання професійної придатності;

3) постійний моніторинг стану здоров'я працівників, зокрема медико-психологічні огляди; оцінювання динаміки психоемоційних станів; регулярне виявлення ознак перенапруження, ПТСР, адиктивної поведінки;

4) комплексна психопрофілактична робота і професійно-психологічна підготовка, що охоплює тренінги зі стресостійкості, саморегуляції, командної взаємодії; навчання методів подолання критичних ситуацій; профілактика емоційного вигорання;

5) розширення консультативної та сімейної допомоги через організацію психологічного консультування для працівників і членів їхніх родин на базі психотренінгових комплексів, кабінетів психоемоційної регуляції, центрів психологічної допомоги та кризових консультацій;

6) проведення цільових анкетувань особового складу з метою: виявлення рівня стресу; аналізу задоволеності умовами служби; визначення раних ризиків суїцидальної чи адиктивної поведінки;

7) розроблення та впровадження якісного методичного забезпечення, а також підготовка документів: аналітичних; нормативно-розпорядчих; методичних (алгоритми, чек-листи, інструкції, модулі навчання); обов'язкове їх доведення до підрозділів;

8) чітка відповідальність керівників. Притягнення до дисциплінарної відповідальності осіб, які: недооцінюють значення профілактики; припускаються порушень в організації психологічної роботи; приховують або ігнорують ризикові вияви в підлеглих;

9) очищення системи МВС від осіб зі стійкою девіантною та деструктивною поведінкою, тобто виявлення співробітників зі стійкими порушеннями дисципліни; службові перевірки; своєчасне звільнення осіб, що становлять ризик для підрозділу;

10) підвищення рівня соціального захисту та грошового забезпечення: перегляд системи оплати праці; соціальні гарантії;

програми підтримки для сімей працівників; заходи щодо зниження матеріального та побутового напруження;

*11) спільна робота фахівців служб (підрозділів) психологічного забезпечення Національної гвардії України, центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра внутрішніх справ України, лікарів-психіатрів, лікарів-психологів і клінічних психологів системи МВС України;*

*12) залучення зовнішніх партнерів.* Проведення профілактичних заходів із залученням громадських організацій, ветеранських спілок, молодіжних ініціатив, медичних фахівців, духовенства (за бажанням особового складу).

**Перелік основних показників для оцінювання результативності профілактичної роботи:**

***1. Підвищення працездатності та бойової готовності працівників:***

– рівень фізичної та психологічної стійкості до службових навантажень;

– швидкість й ефективність виконання службових завдань у стресових умовах;

– зменшення кількості помилок й інцидентів через психоемоційне перевантаження.

***2. Зменшення кількості випадків деструктивної поведінки, адикцій та суїцидальної активності:***

– зменшення кількості зареєстрованих випадків алкоголізації, наркозалежності, тютюнової залежності;

– зменшення кількості порушень дисципліни та конфліктних ситуацій на службі;

– зменшення кількості випадків самогубств і спроб самогубства серед персоналу.

***3. Покращення психологічного клімату в колективах і формування довіри між керівництвом та підлеглими:***

– рівень задоволеності працівників умовами служби та відносинами в колективі;

– показники командної взаємодії та готовності допомагати один одному в складних ситуаціях;

– зменшення кількості конфліктів і скарг на взаємодію з керівництвом.

#### ***4. Зниження ризиків професійного вигорання та соціальної дезадаптації:***

- частота випадків емоційного вигорання, хронічної втоми, апатії;
- рівень задоволеності працівників балансом між службою та особистим життям;
- показники адаптації нових працівників до умов служби.

#### ***5. Підвищення рівня психологічної стійкості та саморегуляції:***

- здатність працівників ефективно управляти стресом і конфліктами;
- розвиток навичок емоційної саморегуляції та критичного мислення в складних ситуаціях;
- використання здорових стратегій відпочинку та релаксації.

#### ***6. Ефективність профілактичних і просвітницьких заходів:***

- участь персоналу в тренінгах, семінарах, психологічних консультаціях;
- покращення знань і навичок щодо запобігання адикцій, стресу та конфліктів;
- рівень усвідомлення власного психоемоційного стану та готовності звертатися по допомогу.

#### ***7. Зменшення кількості службових інцидентів, пов'язаних із психоемоційними проблемами:***

- зменшення кількості випадків необґрунтованих ризикованих дій;
- зменшення кількості дисциплінарних стягнень через конфліктну поведінку;
- підвищення якості виконання завдань у кризових умовах.

#### ***8. Ефективність роботи системи медико-психологічного супроводу:***

- своєчасність виявлення та корекції психоемоційних проблем;
- рівень задоволеності працівників підтримкою психологів і медиків.

**Слід розглянути чинники, що негативно позначаються на профілактиці аутоагресивних виявів та адикцій серед працівників МВС. Ефективність психопрофілактичної роботи безпосередньо залежить від того, наскільки системно й**

відповідально організована робота керівників, психологів, медиків, працівників підрозділів, які відповідальні за роботу з особовим складом. Практика засвідчує, що на профілактику суїцидальних виявів, аутоагресії та адиктивної поведінки суттєво впливають такі недоліки:

**1. Неналежна обізнаність щодо особистісних рис підлеглих:**

- відсутність систематичного вивчення індивідуально-психологічних особливостей працівників;
- поверхневе спостереження за змінами їх емоційного стану й поведінки;
- незнання реальних ресурсів, складнощів і характеру реагування підлеглих на стресові ситуації.

Це унеможливує раннє виявлення ризиків суїцидальної поведінки або формування залежностей.

**2. Недостатнє вивчення сімейних обставин працівників і ненадання допомоги для розв'язання побутових проблем:**

- ігнорування складних сімейних ситуацій (конфлікти, розлучення, втрата близьких, фінансові кризи), які є одним із найпоширеніших тригерів психологічної дезадаптації;
- ненадання дієвої соціальної підтримки;
- формальне проведення бесід з родичами або їх відсутність. Соціально-побутові складнощі часто стають підґрунтям для формування аутоагресії, алкогольної та наркотичної залежності.

**3. Нерегулярний супровід професійного становлення молодих працівників:**

- недостатня наставницька робота;
- відсутність постійної підтримки та контролю з боку керівництва;
- неготовність молодих працівників до психологічних викликів служби.

У перші роки служби ризики дезадаптації є найвищими, тому відсутність належної підтримки створює загрозу раннього професійного вигорання та формування деструктивних копінг-стратегій.

**4. Недостатній контроль за службовою дисципліною та поведінкою в побуті:**

- ігнорування дрібних, але показових порушень, що засвідчують появу проблем;

– несвоєчасне застосування дисциплінарних, виховних і профілактичних заходів;

– брак системи спостереження за працівниками, які вже мали ознаки ризику.

Це спричиняє накопичення проблем, які згодом виявляються як адиктивна поведінка або аутоагресія.

**5. *Порушення вимог щодо проходження працівниками щорічних медичних і психіатричних оглядів:***

– формальний характер проходження оглядів;

– пропуск візитів або несвоєчасне направлення працівників до центрів психіатричної допомоги;

– відсутність контролю за виконанням рекомендацій лікарів.

Клінічні порушення залишаються невиявленими, а працівники продовжують виконувати службові завдання, перебуваючи в стані підвищеного ризику.

**6. *Несвоєчасне виявлення ознак психологічної дезадаптації або неналежне реагування на них:***

– відсутність системного моніторингу емоційного стану працівників;

– недооцінювання таких симптомів, як замкнутість, дратівливість, зниження мотивації, емоційне виснаження;

– небажання керівництва «виносити проблеми назовні» та звертатися по допомогу до психологів.

Такі помилки часто призводять до формування стійких кризових станів, що ускладнюють подальшу реабілітацію.

**7. *Призначення працівників на посади підвищеного ризику без проведення поглибленого психофізіологічного добору:***

– допуск до оперативних, спеціальних і високостресових служб без перевірки стресостійкості, рівня самоконтролю, імпульсивності;

– інколи – ігнорування негативних результатів тестування.

Такі рішення створюють реальні загрози як для працівника, так і для його колег і громадян.

Перелічені чинники істотно знижують результативність профілактичної роботи, ускладнюють раннє виявлення кризових станів, спричиняють формування аутоагресивної поведінки, адикцій, порушень дисципліни та професійної дезадаптації. Їх усунення є ключовим завданням для керівництва, психологічних служб і кадрових підрозділів МВС.

## ***Практичні рекомендації з удосконалення системи профілактики аутоагресивних виявів й адиктивних залежностей***

### ***1. На стратегічному (відомчому) рівні МВС України***

1.1. Інтегрувати профілактику аутоагресії та залежностей у систему стратегічного планування та кадрового розвитку, зокрема щодо розвитку психологічного забезпечення, з чітким визначенням завдань, індикаторів результативності та ресурсного забезпечення.

1.2. Удосконалити нормативно-правове забезпечення профілактичної роботи, забезпечивши:

- актуалізацію наказів, інструкцій та науково-практичних рекомендацій, з огляду на досвід воєнного стану й сучасні доказові практики;

- чіткий розподіл відповідальності між керівництвом, психологічними службами, кадровими й медичними підрозділами;

- єдині стандарти реагування на випадки суїцидальних спроб, аутоагресивних дій та адиктивної поведінки.

1.3. Створити/посилити єдину відомчу систему моніторингу психоемоційного стану та кризових виявів, яка охоплює:

- реєстр випадків суїцидальних спроб, завершених суїцидів, виявлених залежностей;

- аналіз причин, умов і системних факторів ризику;

- регулярне інформування керівництва про тенденції та «зони підвищеного ризику».

1.4. Запровадити обов'язковий модуль із профілактики аутоагресії та адикцій у програми підготовки й підвищення кваліфікації:

- керівників усіх рівнів;

- фахівців служб (підрозділів) психологічного забезпечення;

- працівників кадрових, виховних, соціальних служб.

### ***2. Для керівників підрозділів***

2.1. Систематизувати роботу з вивчення особистісних і сімейних особливостей підлеглих, передбачивши:

- планові бесіди (не формальні, а змістовні) з новопризначеними та молодими працівниками;

- періодичне оновлення інформації про сімейний стан, наявність кризових подій (втрата, розлучення, хвороба, евакуація тощо);

– фіксацію ключових спостережень у встановленому порядку без стигматизації.

2.2. Запровадити культуру раннього звернення по допомогу, формуючи в колективі переконання:

– звернення до психолога є не слабкістю, а професійно відповідальною поведінкою;

– виявлення ознак ризику – не привід для покарання, а сигнал для підтримки;

– керівник демонструє готовність користуватися психологічною допомогою.

2.3. Посилити наставницьку роботу з молодими працівниками, забезпечивши:

– закріплення досвідчених наставників;

– регулярний дебрифінг (аналіз ситуацій, емоційних реакцій, помилок);

– спільне обговорення професійних і життєвих викликів без приниження й жорсткої критики.

2.4. Здійснювати контроль за службовим навантаженням:

– недопущення надмірних, неаргументованих переробок і тривалих змін без відпочинку;

– ротацію працівників з підрозділів підвищеного ризику (бойовий стрес, масові події, слідчі дії щодо тяжких злочинів);

– формування «зон відновлення» – можливостей для відпочинку, фізичної активності, психологічної розрядки.

2.5. Розвивати навички управлінського розпізнавання ризиків, зокрема:

– чітке розрізнення дисциплінарного порушення та вияву психологічної дезадаптації;

– зниження толерантності до «дрібних», але системних сигналів (запізнення, конфліктність, зміни настрою, зловживання алкоголем);

– своєчасне залучення психолога до аналізу складних випадків.

*3. Для служб (підрозділів) психологічного забезпечення*

3.1. Стандартизувати алгоритми дій психологів у випадках:

– виявлення ознак адиктивної поведінки;

– суїцидальних думок, намірів, спроб;

– тяжкої емоційної дезадаптації (ПТСР, гострі стресові реакції, емоційне вигорання).

Алгоритми мають передбачати: порядок скринінгу, диференціальну діагностику, оцінювання рівня ризику, міждисциплінарну взаємодію, рекомендації щодо службових обмежень і форми супроводу.

3.2. Посилити використання доказових психодіагностичних інструментів і чітко розмежувати:

- інструменти первинного скринінгу (короткі шкали для виявлення груп ризику);
- поглиблену діагностику (структуровані опитувальники, клініко-психологічне інтерв'ю);
- моніторингові методики для оцінювання динаміки стану й ефективності втручань.

3.3. Розробити й упровадити типові програми психологічних інтервенцій, зокрема:

- короткострокові кризові втручання (5–8 сесій) для осіб з аутоагресивними/суїцидальними виявами;
- програми підтримки для працівників із залежною поведінкою (мотиваційне інтерв'ювання, робота із запереченням, формування альтернативних копінг-стратегій);
- групові формати: тренінги стресостійкості, фасилітовані групи підтримки, психоедукаційні модулі.

3.4. Інституціоналізувати роботу із сім'ями працівників:

- консультації для родин, де є ознаки залежності, аутоагресії чи тяжкого стресу;
- освітні заходи для членів сім'ї щодо ознак ризику й алгоритмів безпечної підтримки;
- включення сімейного компонента в програми реабілітації та повернення до служби.

3.5. Побудувати систему супервізій та професійної підтримки для психологів, щоб запобігати їхньому вигоранню та вторинній травматизації.

*4. Для закладів медичної, психіатричної, психотерапевтичної допомоги*

4.1. Посилити міжвідомчу взаємодію між:

- медичними закладами МВС;
- психіатричними та наркологічними службами МОЗ;
- психологічними службами НГУ та ЦОВВ.

Передбачити єдиний порядок направлення, обміну інформацією (з дотриманням конфіденційності) та спільного планування реабілітації.

4.2. Підвищити якість проходження медичних і психіатричних оглядів, зокрема:

- посилити скринінг на ПТСР, депресії, адикції;
- передбачити повторні огляди після ротацій із зон бойових дій, пережитих втрат, тяжких інцидентів;
- контролювати виконання медичних рекомендацій через партнерство, а не репресивний підхід.

4.3. Розвивати реабілітаційні програми, що поєднують:

- медикаментозне лікування (за потреби);
- психотерапію;
- соціально-професійну реадaptaцію;
- підтримку сім'ї та колективу.

5. *Для кадрових, виховних і соціальних підрозділів*

5.1. Включити фактори психологічного благополуччя до кадрових рішень:

– урахувувати результати психологічного супроводу та медико-психологічних оглядів під час призначення на посади високого ризику;

– не допускати «кадрових помилок», коли працівник із вираженими ознаками дезадаптації переводиться в підрозділи з вищим навантаженням.

5.2. Посилити соціальну підтримку працівників, передусім:

– у разі втрати близьких, поранення, перебування в полоні чи окупації;

– за наявності тяжких сімейних чи фінансових криз;

– у періоди повернення з бойових завдань і після участі в травматичних подіях.

5.3. Розвивати програми адаптації новоприйнятих працівників:

– уведення «адаптаційних модулів» із психоедукацією, роз'ясненням реальних викликів служби, нормальних і ризикових реакцій на стрес;

– підтримка під час перших років служби як періоду максимальної вразливості до дезадаптації та адикцій.

6. *Для працівників МВС (рекомендації особистого рівня)*

6.1. Ставитися до власного психічного здоров'я як до елемента професійної придатності, а не особистої «слабкості».

6.2. Формувати індивідуальний план самопомоги:

- регулярний сон, фізична активність, харчування;

– безпечні способи емоційної розрядки (спорт, хобі, підтримувальні стосунки);

– обмеження вживання алкоголю, нікотину, стимуляторів як «засобів зняття стресу».

6.3. Навчитися розпізнавати власні сигнали ризику:

– безсоння, дратівливість, емоційна «порожнеча»;

– активне вживання ПАР;

– думки про марність, самознецінення, аутоагресивні фантазії;

– у разі їх появи – своєчасно звертатися до психолога чи медичного фахівця.

6.4. Підтримувати колег, не ігноруючи очевидні ознаки дезадаптації:

– пропонувати розмову, спільне звернення по допомогу;

– не посилювати деструктивні групові норми («усі п'ють», «усі горять», «тримайся і мовчи»);

– не залишати людину наодинці з кризовими переживаннями, передусім якщо є ознаки аутоагресії.

**7. Для підвищення результативності профілактичної роботи доцільно:**

7.1. Запровадити обов'язкові щорічні комплексні оцінки психологічного стану з акцентом на групи ризику:

– молоді працівники;

– працівники підрозділів підвищеного ризику;

– особи з попередніми кризовими станами, адикціями чи суїцидальними виявами.

7.2. Створити механізм «раннього попередження», коли:

– інформацію про перші ознаки дезадаптації (з боку керівника, колег, сім'ї) не ігнорують, а запускають індивідуальний план підтримки;

– відповідальність за бездіяльність у випадку очевидних ризиків є персоналізованою.

7.3. Посилити контроль за проходженням медичних і психіатричних оглядів, уникаючи формалізму:

– відмова від суто «формального підпису»;

– документування випадків ухилення чи ігнорування рекомендацій;

– ефективна комунікація між медиками, психологами та керівниками.

7.4. Розробити для керівників чек-листи ранніх ознак аутоагресії та адикцій:

- стислі, практичні переліки поведінкових, емоційних, соціальних сигналів;
- рекомендації щодо первинної розмови й алгоритму подальших дій.

7.5. Змінити управлінську культуру з каральної на підтримувальну, де:

- повідомлення про проблему не сприймають як «пляму в особовій справі»;
- працівник отримує шанс на допомогу, реабілітацію та повернення до ефективної служби.

Отже, профілактику аутоагресивних виявів й адиктивних залежностей у системі МВС України слід розглядати як невід’ємну складову загальної стратегії підтримання боєздатності, професійної надійності й ментального здоров’я особового складу. Її ефективність визначають не окремими заходами, а цілісністю та узгодженістю дій на всіх рівнях – від стратегічного планування й нормативного регулювання до щоденної роботи керівників, психологів, медиків, кадрових і соціальних служб, а також особистої відповідальності кожного працівника за власний психоемоційний стан.

Реалізація запропонованого комплексу заходів дає змогу своєчасно виявляти групи ризику, мінімізувати вплив службових і позаслужбових стресорів, запобігати формуванню деструктивних копінг-стратегій, аутоагресивної та адиктивної поведінки, знижувати рівень професійної дезадаптації та незворотних втрат. Упровадження науково обґрунтованих, доказових підходів до психопрофілактики сприятиме формуванню в МВС України сучасної культури психологічної безпеки, у якій звернення по допомогу, підтримка колег і турбота про психічне здоров’я є нормою професійної поведінки, а не виявом слабкості. У перспективі це створює підґрунтя для стійкого функціонування системи МВС в умовах тривалих кризових викликів, збереження людського потенціалу та зміцнення довіри суспільства до правоохоронних органів.

## ПІСЛЯМОВА

---

Проблематика аутоагресивної та адиктивної поведінки серед працівників системи МВС України є однією з найчутливіших і водночас стратегічно важливих сфер психологічного забезпечення. У сучасних умовах воєнного стану, підвищеної напруженості службових завдань, впливу травмувальних подій та постійної психологічної готовності до ризику питання збереження ментального здоров'я персоналу набуває пріоритетного значення. Представлений матеріал засвідчує, що аутоагресія та залежності не виникають раптово – вони формуються поступово, під впливом комплексу індивідуальних, професійних, соціальних й організаційних чинників, потребують системної, науково обґрунтованої профілактики.

У науково-практичних рекомендаціях узагальнено ключові механізми розвитку саморуїнливої поведінки, окреслено психологічні та поведінкові маркери ризику, спектр хімічних і нехімічних залежностей, що є найпоширенішими серед персоналу МВС, проаналізовано їх вплив на особистість, професійну діяльність і службову надійність. Увагу зосереджено на специфіці адиктивних виявів у середовищі правоохоронців, де високий рівень стресу, доступ до зброї та необхідність діяти в обставинах невизначеності створюють додаткові небезпечні передумови.

Підтримка працівників МВС – це не лише питання індивідуального благополуччя. Це безпосередньо пов'язано з рівнем суспільної безпеки, якістю правозастосування, довірою громадян до державних інституцій та стійкістю сектору безпеки й оборони в умовах сучасних викликів. Збереження психологічної рівноваги, формування зрілих копінг-стратегій та впровадження превентивних механізмів є важливим інвестиційним ресурсом, що визначає професійну надійність і життестійкість особового складу.

Представлені науково-практичні рекомендації мають стати інструментом системної роботи – підґрунтям для фахівців підрозділів психологічного забезпечення. Їх завдання – допомогти своєчасно розпізнати ризики, побудувати алгоритм надання допомоги, сформувані культуру підтримки та відповідального ставлення до ментального здоров'я.

Піклуючись про психологічну стійкість працівників МВС України, ми піклуємося про стійкість держави. Саме тому продовження наукових досліджень, удосконалення практичних підходів, інтеграція сучасних моделей психологічної підтримки та постійний розвиток механізмів психологічного супроводу мають залишатися одним із стратегічних пріоритетів на найближчі роки.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Завадська Н. В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі. *Соціальний працівник*. 2007. № 2. С. 10–12.
2. Коқун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Профілактика поведінкових адикцій військовослужбовців : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2025. Ч. 1. 209 с.
3. Коқун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2022. 144 с.
4. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І., Чижевський С. О. Профілактика самогубств серед військовослужбовців НГУ : практ. посіб. / за ред. І. І. Приходька. Харків : НАНГУ, 2020. 116 с.
5. Профілактика самогубств серед працівників органів та підрозділів внутрішніх справ : монографія / [В. О. Криволапчук, І. В. Клименко, С. В. Кушнар'єв та ін.] ; за ред. Т. О. Проценка. Київ : ДНДІ МВС України, 2014. 215 с.
6. Методичні рекомендації щодо профілактики самогубств серед працівників МВС України від 20 листоп. 2007 р. № 18327/Кн / Департамент роботи з персоналом ; Департамент освіти та науки МВС України. Київ : МВС України, 2007. 32 с.
7. Про затвердження Положення про Міністерство внутрішніх справ України : постанова Кабінету Міністрів України від 28 жовт. 2015 р. № 878. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/878-2015-п#Text>
8. Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України : наказ МВС України від 8 груд. 2016 р. № 1285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0080-17#Text>
9. Про затвердження Порядку організації системи психологічного забезпечення поліцейських, працівників Національної поліції України та курсантів (слухачів) закладів вищої освіти із специфічними умовами навчання, які здійснюють підготовку поліцейських : наказ МВС України від 6 лют. 2019 р. № 88. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-19#Text>
10. Про затвердження Порядку психологічного забезпечення в Державній службі України з надзвичайних

ситуацій : наказ МВС України від 31 серп. 2017 р. № 747. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1390-17#Text>

11. Про затвердження Порядку психологічного забезпечення в Державній прикордонній службі України : наказ МВС України від 9 берез. 2021 р. № 179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0533-21#Text>

12. Managing Police Suicide – A Guide for Leaders / [K. D. Handley, R. N. Carleton, D. Cotton et al.]. CACP Psychological Services Sub-Committee May, 2020.

13. Schweitzer Dixon Stephanie. Law enforcement suicide: The depth of the problem and best practices for suicide prevention strategies. *Aggression and violet behavior*. 2021. Vol. 61.

#### **ПРЕВЕНТИВНА БЕСІДА З ОСОБОЮ, ЯКА МАЄ ОЗНАКИ ПРЕСУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ** (рекомендації для керівників підрозділів і психологів)

Превентивну бесіду може проводити не лише психолог, а й безпосередній керівник підрозділу, який першим помічає зміни в поведінці працівника. За сучасними клінічними й організаційно-психологічними підходами (WHO, APA, VA/DoD Guidelines), ефективність такої бесіди визначають дотриманням чітких принципів:

- конфіденційності й безпечного простору;
- емпатійної присутності;
- структурованості інтервенції;
- відсутності критики чи моралізування;
- мінімізування ризиків і швидкого включення фахівців.

#### ***Бесіда необхідна негайно, якщо працівник:***

- виглядає пригніченим, дезорганізованим, емоційно нестабільним;
- говорить про безнадію, втому, відсутність сенсу;
- демонструє раптові зміни поведінки (ізоляцію, агресивність, відмову виконувати завдання);
- переживає втрату, сильний стрес, службову невдачу або сімейну кризу;
- повернувся зі служби у виснаженому або дезорієнтованому стані.

Період пресуїциду – це нетривале, але критичне «вікно можливостей», коли своєчасна розмова може запобігти переходу до суїцидальних намірів.

#### ***Умови проведення бесіди:***

- запрошення має бути особистим, у спокійному тоні, без свідків;
- місце – службовий кабінет або нейтральне приміщення без шуму, переривань і сторонніх;
- керівник/психолог повинен бути цілком «присутнім», тобто відкласти гаджети, вимкнути телефон, забезпечити максимальну приватність.

Це критично важливо для зниження рівня тривожності та встановлення довіри.

**Структурована модель превентивної бесіди**  
(модифікація моделей CALM, Suicide Safety Planning Intervention з адаптацією для системи МВС)

*Етап 1. Встановлення емоційного контакту*

Мета: сформувати відчуття безпеки й довіри.

Науково обґрунтовані інструменти:

- емпатійні фрази («Я бачу, що тобі складно»; «Мені не байдуже, як ти почуваєшся»);
- активне слухання (парафраз, уточнення, відображення почуттів);
- нормалізація переживань («У кризових ситуаціях так може почуватися будь-яка людина»).

На цьому етапі заборонено давати поради чи оцінки. Доцільно обережно уточнити наявність значущих людей, що можуть бути соціальною опорою.

*Етап 2. З'ясування обставин кризової ситуації*

Мета: обговорити події, що призвели до погіршення стану, зняти ефект безвиході.

Завдання етапу:

- послідовно з'ясувати «тригери» кризи;
- виявити фактори стресу (службові, сімейні, фінансові, міжособистісні);
- послабити катастрофізацію («Це складно, але такі ситуації вирішувані»).

*Етап 3. Спільне формування плану виходу з кризи*

Мета: допомогти людині побачити реальні, безпечні та досяжні варіанти дій.

Ефективні стратегії:

- поділ проблеми на конкретні кроки з її подолання;
- активне залучення працівника до планування;
- пропозиція альтернативних рішень, якщо особа не може їх сформулювати самостійно;
- визначення ресурсів (люди, служби, способи зниження стресу).

Якщо звучать суїцидальні думки, необхідно застосувати техніку «відкладення крайнього кроку», яка має доведену профілактичну ефективність. Суть: попросити людину почекати до конкретної події/строку та спробувати інші варіанти допомоги.

#### *Етап 4. Завершення бесіди та закріплення рішень*

Мета: узгодити чіткий план підтримки.

Обов'язково:

- стисло підсумувати домовленості;
- посилити віру людини у власні можливості;
- акцентувати на доступності підтримки («Я поруч, і ти не сам»).

Якщо працівник продовжує висловлювати суїцидальні наміри, демонструє дезорієнтацію або безнадію, необхідно негайно направити до спеціалізованого закладу. Будь-яка інформація, отримана під час бесіди, є конфіденційною.

#### ***Заборонені дії під час бесіди:***

- демонструвати шок чи недовіру;
- сперечатися або «переконувати логікою»;
- тиснути на почуття провини («Подумай про рідних»);
- знецінювати переживання («Тобі просто здається»);
- провокувати або використовувати «метод шоку» («То зроби!»).

Такі дії підвищують ризик суїцидальної поведінки.

**ПСИХОДІАГНОСТИЧНА БЕСІДА  
ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ  
(НАЯВНОСТІ СФОРМОВАНОГО НАМІРУ)**

*Початок діалогу* має бути м'яким, відвертим і підтримувальним. Психолог або інший підготовлений фахівець починає з відкритих запитань, які надають людині можливість розповідати у власному темпі:

– «Розкажіть, що відбувається у Вашому житті останнім часом?»;

– «Що стало для Вас найскладнішим?»;

– «Як Ви почуваетесь зараз?»;

– «Що змінилося у Вашому стані чи поведінці?».

Можна керуватися інформацією з Карти суїцидального ризику, якщо її вже заповнено.

Якщо людина не говорить про суїцидальні переживання, *поступовий перехід* здійснюють через відображення її емоційних висловлювань: «Усе погано», «Я так більше не можу», «Мені складно жити так далі». Психолог може уточнити: «Чи виникали у Вас думки про те, щоб припинити ці страждання?», «Чи бувають у Вас думки про самогубство?». Ці питання не провокують суїцид, а допомагають людині говорити відверто.

*Неприпустимі формулювання:*

– «Сподіваюся, Ви не збираєтеся робити дурниць?»;

– «Ти ж не думаєш про самогубство?».

Такі запитання містять бажану відповідь і блокують відвертий діалог.

Якщо людина відповідає ствердно, *необхідно визначити конкретність і частоту суїцидальних думок:*

– «Як часто у Вас виникають ці думки?»;

– «Чи уявляєте Ви, як саме це може статися?»;

– «Чи думали Ви про конкретний спосіб?»;

– «Чи розглядали Ви місце або час?»;

– «Чи робили Ви вже якісь підготовчі дії?».

*Ступені ризику:*

– відсутність плану – думки на рівні загальних намірів;

– конкретний спосіб – ризик значно підвищується;

– наявність підготовчих дій або спроб – високий рівень ризику.

Такі дії передбачають: збирання медикаментів, пошук місця, написання повідомлення/заповіту, підготовку зброї тощо.

Потрібно **встановити**, чи є суїцидальна поведінка в сімейній або соціальній історії:

– «Чи були в когось із Вашої родини суїцидальні спроби або завершені самогубства?»;

– «Чи хтось із колег або друзів переживав схожі кризи?».

Наявність суїцидів у близькому колі підвищує ризик через модель поведінки, яку людина може сприймати як «доступний варіант виходу».

Важливо **з'ясувати**, що утримує людину від дій:

– «Що зупиняє Вас від цього кроку?»;

– «Про що Ви подумали в той момент, коли ці думки були найсильнішими?»;

– «Що є для Вас важливими причинами жити?»;

– «Хто або що допомагає Вам триматися?»;

– «Чи відчуваєте Ви здатність протистояти цим думкам?».

Виявлення цих бар'єрів надає можливість посилити підтримку та включити їх у план безпеки.

Якщо особа вже визначила спосіб, потрібно **уточнити**:

– «Чому Ви обрали саме цей спосіб?»;

– «Яких наслідків для себе й інших Ви очікуєте?»;

– «Чи є у Вас доступ до цього способу?»;

– «Що має статися, щоб Ви наважилися це зробити?».

Спосіб і доступність засобу – один із найсильніших прогностичних маркерів суїцидального ризику.

Фахівець має допомогти людині **усвідомити першопричину кризи**:

– «Коли Ви вперше відчули, що ситуація стала безнадійною?»;

– «Що сталося у Вашому житті перед тим, як з'явилися ці думки?»;

– «Що посилює Ваш стан?»;

– «Як це вплинуло на Ваші стосунки, роботу, здоров'я?».

Це важливий етап для подальшого планування допомоги.

**Якщо була попередня спроба суїциду, необхідно уточнити:**

– «Як саме Ви намагалися вчинити суїцид?»;

– «Що зупинило Вас?»;

- «Хто надав допомогу?»;
- «Що змінилося після того?»;
- «Чи думали Ви про нову спробу?»;
- «Як Ви плануєте її реалізувати?» (якщо відповідь ствердна).

Попередні спроби – найсильніший предиктор подальшої суїцидальної поведінки (рівень ризику зростає у 25–30 разів).

**Узагальнюючи інформацію**, фахівець формує оцінку за ключовими параметрами:

- наявність суїцидальних думок;
- частота й інтенсивність;
- наявність плану;
- доступ до засобу;
- підготовчі дії;
- попередні спроби;
- рівень імпульсивності;
- захисні фактори;
- соціальна підтримка;
- клінічний стан (депресія, тривога, ПТСР, уживання ПАР).

## ЧЕК-ЛИСТ ДІЙ КЕРІВНИКА/ПСИХОЛОГА ПІД ЧАС ПРЕВЕНТИВНОЇ БЕСІДИ ІЗ СУЇЦИДЕНТОМ

Під час бесіди з особою, яка має суїцидальні думки, доцільно з'ясувати таке.

### *1. Оцінювання контексту кризи*

Які події або обставини спричинили кризовий стан?  
(«Розкажіть, що саме з вами сталося?»)

Чи була криза раптовою, чи вона назривала поступово?

Чи є фактори, що погіршують ситуацію (втрата, ізоляція, конфлікт, службовий стрес)?

Чи є обставини, які могли б послабити напруження?

### *2. Власні ресурси та спроби подолання*

Що Ви вже намагалися робити, щоб покращити ситуацію?

Які з цих дій допомогли, а що, навпаки, посилює напруження?

Що Вам допомагало справлятися зі складними ситуаціями раніше?

### *3. Поточний рівень страждання та ризику*

Що зараз турбує найбільше: емоційний біль, страх, безвихідь, загроза втрат?

Які думки з'являються в найскладніші моменти?

Чи уявляєте Ви конкретні шляхи виходу із ситуації?

Як, на Вашу думку, можуть розвинути події далі?

### *4. Соціальна підтримка та можливі джерела допомоги*

Хто з близьких або колег може бути для Вас опорою?

Що в цій ситуації Ви можете зробити особисто, а з чим я або інші фахівці можемо допомогти?

Чи готові Ви розглянути підтримку психолога/лікаря?

Під час бесіди доцільно м'яко формувати безпечні й підтримувальні переконання (важливо робити це не директивно, а у форматі підтримки, нормалізації та зниження стигми).

### *1. Нормалізація переживань*

Ви не самі: інші люди в таких ситуаціях теж переживали схожі почуття й успішно виходили з кризи.

Те, що Ви зараз відчуваєте, не означає «слабкість», це реакція на сильний стрес.

## *2. Посилення відчуття безпеки та підтримки*

Ви зараз не залишаєтеся сам на сам із проблемою – поруч є люди, які готові допомогти.

Я не засуджую вас. Ваш стан не применшує вашої цінності як людини чи професіонала.

## *3. Повернення людині віри у власні можливості*

У вашому житті вже були складні ситуації, які ви долали. Це означає, що у вас є внутрішні ресурси впоратися й зараз.

Ми можемо разом знайти рішення, крок за кроком, навіть якщо зараз здається, що їх немає.

## *4. Формування відчуття перспективи*

Те, що сталося, – уже позаду. Далі ми можемо зосередитися на тому, що робити зараз, і це може стати полегшенням.

Кроки, які ми обговоримо, допоможуть знизити напруження та повернути контроль за ситуацією.

**ПАМ'ЯТКА ДЛЯ КЕРІВНИКА  
ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ВИЯВІВ  
СЕРЕД ОСОБОВОГО СКЛАДУ**

Ознаки, на які слід зважати:

1. **СОЦІАЛЬНЕ ВІДСТОРОНЕННЯ ТА САМОІЗОЛЯЦІЯ.** Тривале уникання колег, обмеження контактів, небажання спілкуватися чи виконувати звичні соціальні ролі.

2. **ЕМОЦІЙНА НЕСТАБІЛЬНІСТЬ І РІЗКІ КОЛИВАННЯ НАСТРОЮ.** Часта зміна емоцій – від збудження до пригніченості, дратівливість, лабільність. Емоційні коливання є типовою ознакою високого стресу та виснаження, що може передувати суїцидальним намірам.

3. **ОЗНАКИ ДЕПРЕСИВНОГО СТАНУ.** Пригнічений настрій, втрата інтересу, почуття безнадії, зниження енергії, порушення сну, виснаження. Деякі працівники вміють добре маскувати депресію, тому важливо зважати на непрямі ознаки: зниження продуктивності, помилки, безініціативність.

4. **ПІДВИЩЕНА АГРЕСИВНІСТЬ АБО РОЗДРАТОВАНІСТЬ.** Спалахи гніву, різкі реакції, конфліктність. Часто це є виявом внутрішнього напруження та сигналом, що працівник не справляється зі стресом.

5. **ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ АБО ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ.** Алкоголь і наркотики підвищують імпульсивність і ризик переходу від суїцидальних думок до дій.

6. **РІЗКІ ЗМІНИ АПЕТИТУ ТА СНУ.** Тривала відсутність апетиту, переїдання, безсоння або надмірна сонливість – часті маркери психоемоційного виснаження та депресивного стану.

7. **«ПРОЩАЛЬНА» ПОВЕДІНКА.** Роздавання особистих речей, упорядкування документів, наведення «остаточного ладу», розмова про власну непотрібність або «останній борг». Це один із найтривожніших сигналів.

8. **НЕДАВНЯ ПСИХОТРАВМУВАЛЬНА ПОДІЯ.** Втрата близького, службове розслідування, дисциплінарне стягнення, бойовий стрес, розлучення, фінансові складнощі. Накопичення дрібних стресорів теж може мати вибуховий ефект.

9. **ПОМІТНІ ЗМІНИ В ПОВЕДІНЦІ ТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ.** Зниження концентрації, помилки в роботі,

небажання виконувати обов'язки, байдужість, уповільненість, вигляд «виснаженої людини». Раптове «покращення» після тривалої депресії також може бути небезпечним (можлива поява рішучості здійснити суїцид).

**10. ВЕРБАЛЬНІ АБО НЕПРЯМІ ВИСЛОВЛЮВАННЯ ПРО СМЕРТЬ.** Фрази типу: «Було б легше, якби мене не було», «Усі без мене впораються», «Я втомився жити» – завжди потребують уваги й реакції. Жодне висловлювання не можна ігнорувати або знецінювати.

**ПАМ'ЯТКА  
«ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДІВ У ВІЙСЬКОВИХ»**

Ви – світло в чиемусь житті!

*С. Лукомська<sup>1</sup>*

Ви вже не в зоні бойових дій, однак пережитий досвід може й далі впливати на Ваш емоційний стан. Сильний гнів, образа, почуття провини, виснаження, внутрішній біль – це нормальні реакції на ненормальні обставини, у яких ви змушені були жити.

Кожен військовий має власний унікальний шлях, але майже всі потребують:

- часу на адаптацію до мирного життя;
- часу на відновлення стосунків із близькими;
- часу, щоб знову навчитися жити без постійної загрози.

Навіть якщо зараз здається, що Ваш стан занадто складний і безвихідний, такі переживання мають й інші люди, які пройшли війну. Часто вони також думають, що залишилися зі своїм болем наодинці.

Навіть якщо здається, що вас ніхто не зрозуміє, – Ви не самі. Ви вижили. Це означає, що Ваша місія не завершена. Ви ще можете:

- переосмислити пережите;
- допомогти собі;
- стати опорою для інших;
- знайти новий сенс, навіть якщо зараз він неочевидний.

Якщо з'являються думки про самопошкодження або самогубство, сприймайте їх як сигнал про критичний біль, а не як рішення.

Скажіть собі: «Я не зобов'язаний вирішувати це зараз. Я можу відкласти це рішення і спершу допомогти собі».

---

<sup>1</sup> Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. / [С. Кузікова, В. Злишков, С. Лукомська та ін.]. Київ–Ніжин : Лисенко М. М., 2024. 260 с.

Час, підтримка й фахова допомога реально послаблюють біль, навіть якщо зараз у це складно повірити.

***Прості кроки, які можуть допомогти прямо зараз***

Сядьте зручно. Обійміть себе або м'яку подушку/ковдру.

Візьміть чашку холодної води і зробіть кілька повільних ковтків, відчуваючи її температуру, рух у горлі, дихання.

Зосередьтеся на своєму тілі: відчуйте ноги, спину, руки – Ви тут і зараз.

*Спробуйте відповісти собі (вголос або подумки):*

– Що я зараз відчуваю?

– Наскільки сильний мій біль? (оцініть від 0 до 10)

– Яка допомога потрібна мені саме зараз?

– Назвіть три людини, які можуть підтримати вас у цей момент, і як саме.

– Що допомагало мені триматися раніше?

– Що може дати мені хоча б трохи полегшення або тепла (без алкоголю й наркотиків)?

– Кому я можу сьогодні або завтра надати принаймні мінімальну підтримку?

*Складіть список своїх:*

– сильних сторін;

– життєвих досягнень;

– виявів мужності;

– навіть якщо вони здаються вам «малими». Вживання – уже величезне досягнення.

Подякуйте собі за досвід, який ви отримали. Він може стати джерелом допомоги для інших і для вас самих.

***Коли обов'язково потрібно звернутися по допомогу негайно:***

– якщо думки про самогубство стають нав'язливими;

– якщо ви починаєте планувати, як це зробити;

– якщо відчуваєте, що можете втратити контроль.

*Безоплатна цілодобова допомога в Україні*

Lifeline Ukraine – 7333. Національна професійна лінія підтримки психічного здоров'я та профілактики самогубств. Працює 24/7, анонімно, безоплатно, із фахівцями, які знають, що таке бойовий досвід.

**Ви не зобов'язані боротися самі!**

## ПАМ'ЯТКА ДЛЯ КЕРІВНИКІВ І КОЛЕГ, ЯКІ ПОМІТИЛИ ОЗНАКИ ПОТЯГУ ДО АЗАРТНОЇ ГРИ В ПІДЛЕГЛОГО/ТОВАРИША

Азартна гра (гемблінг) часто розвивається непомітно та виявляється через зміни в поведінці, емоційному стані та службовій ефективності. Ознаки можуть бути різними, але ключові індикатори є такими:

### *1. Нестабільний психоемоційний стан*

Ознаки: дратівливість, тривожність, нестійкий настрій, скарги на втому чи «спустошеність».

Дії колеги/керівника:

– тактовно запитайте: «Чи все гаразд? Чим можу допомогти?»;

– дайте можливість людині виговоритися без критики;

– якщо підлеглий скаржиться на брак грошей, не давайте в борг, а обережно уточніть причину фінансових складнощів;

– за необхідності порадьте звернутися до психолога підрозділу.

### *2. Емоційна вразливість і фрустрація*

Ознаки: пригніченість, розчарування, невдоволення собою, виснаженість.

Дії:

– запитайте: «Як давно Ви так почуваетесь? Що стало тригером?»;

– м'яко запропонуйте види активності, що знижують напруження (прогулянки, спорт, фізичні вправи);

– уважно відстежуйте динаміку стану.

### *3. Нестійка самооцінка й послаблення впевненості в собі*

Ознаки: уникання відповідальності, сумніви у власних здібностях, невизначеність щодо майбутнього.

Дії:

– запитайте: «Що могло б допомогти відчуті більше впевненості?»;

– з'ясуйте, як давно триває такий стан;

– якщо ви бачите, що самостійно допомогти складно, – негайно повідомте психолога та керівництво, описавши свої спостереження.

Важливо: ігнорування таких змін може призвести до втрати контакту з працівником і подальшої ескалації проблеми (залежність, борги, службові порушення).

#### *4. Вияви безвідповідальності та дезорганізованості*

Ознаки: систематичні затримки, невиконання завдань, хаотичність, ухилення від обов'язків.

Дії:

– обговоріть із працівником, що сталося: «Коли це почалося? Що на це вплинуло?»;

– проаналізуйте, чи пов'язані зміни з перевтомою чи ознаками залежності;

– усвідомлюйте, що в такому стані службова ефективність об'єктивно знижується.

#### ***Рекомендації керівнику щодо профілактики азартної залежності (гемблінгу)***

##### *1. Формування здорового середовища*

– демонструйте власний приклад відповідального ставлення до здоров'я та фінансів;

– заохочуйте культуру відкритого обговорення складнощів без страху осуду;

– підтримуйте атмосферу взаємоповаги та нульової толерантності до будь-яких форм залежності.

##### *2. Забезпечення службової дисципліни*

– суворо забороняйте азартні ігри (на гроші чи ні) під час служби та на робочому місці;

– після такої заборони уважно відстежуйте поведінку підлеглих (агресія чи роздратованість можуть сигналізувати про залежність);

– регулярно контролюйте динаміку професійної діяльності та навчання.

##### *3. Рання діагностика проблем фінансової поведінки*

– періодично цікавтеся наявністю в підлеглих боргів, кредитів, фінансових складнощів;

– за потреби уточнюйте у фінансовій службі, чи запитував працівник довідку для отримання кредиту;

– попереджайте співробітників про ризики надмірного кредитування.

##### *4. Правильна позиція керівника у взаємодії з підлеглим:*

– не критикуйте працівника з ознаками залежності;

– з'ясовуйте справжні причини поведінкових змін;

– не звинувачуйте та не стигматизуйте – це лише загострить проблему;

– залучайте психологів у разі мінімальної підозри на залежність;

– підтримуйте людину в пошуку професійної допомоги.

Азартна залежність – це не слабкість і не «погана поведінка», а психоемоційний розлад, що формується поступово та потребує кваліфікованої допомоги.

***Що робити колегам:***

– залишатися уважними, доброзичливими та безоцінними;

– не давати грошей у борг;

– не приховувати поведінку залежного та його проблему;

– ділитися занепокоєнням із керівником або психологом.

Що раніше проблема буде помічена, то вищі шанси на успішну профілактику та реабілітацію.

**ПАМ'ЯТКА  
«ЯК ПІДТРИМАТИ БЛИЗЬКУ ЛЮДИНУ  
З ОЗНАКАМИ ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ»**

Ігрова залежність формується поступово й непомітно. На ранніх етапах людина може проводити дедалі більше часу в азартних іграх; підвищувати ставки та фінансові витрати; приховувати гру, брехати про програші чи борги; втрачати контроль за грою та обіцянками «закінчити». Сім'я помічає проблему тоді, коли гравець уже не здатен самостійно впоратися з наслідками (борги, конфлікти, ізоляція, емоційні зриви).

***Поради, як діяти, щоб допомогти собі та близькій людині:***

– *зберігайте спокій, терплячість і підтримку.* Емоційний тиск, критика чи присоромлення посилюють проблему. Легше допомагати людині тоді, коли вона відчуває безпеку та прийняття, а не страх покарання;

– *говоріть про проблему у форматі «Я-повідомлень».* Уникайте звинувачень і тону допиту. Використовуйте фрази: «Я хвилююся за тебе...», «Мені важливо зрозуміти, як я можу допомогти...». Це підвищує шанс, що людина погодиться на діалог, а не замкнеться;

– *запропонуйте професійну допомогу.* Ігрова залежність майже ніколи не минає сама. Сім'я має м'яко мотивувати гравця звернутися по допомогу до психолога/психотерапевта, пройти лікування в спеціалізованих центрах, відвідувати групи підтримки (анонімні гравці), проконсультуватися із психіатром у разі виражених імпульсивних чи депресивних симптомів;

– *безпечно обмежте доступ до грошей.* Ідеться не про контроль, а про зменшення тригерів й імпульсивних рішень, для цього перевести частину коштів на контрольовані сімейні рахунки; обмежити кредитні ліміти; прибрати прив'язані картки з ігрових сервісів. Це обмежить можливість зриву гравця в умовах стресу;

– *не використовуйте ультиматуми, покарання, «тотальний контроль».* Такі дії лише провокують агресію та опір, руйнують довіру, можуть погіршити психічний стан людини;

– *не намагайтеся «вмовити не грати».* На стадії залежності людина втрачає можливість контролювати поведінку

лише силою волі. Такі прохання викликають провину, сором і ще більше занурюють у цикл залежності;

– *докладайте зусиль для збереження здорових сімейних стосунків.* Підтримувальні стосунки знижують тривожність, посилюють мотивацію до лікування, покращують прогнози щодо одужання.

### ***Що робити, якщо зміни в поведінці стали очевидними?***

*Зверніться до психолога/лікаря для первинної оцінки.* Фахівець визначить, чи відповідає поведінка критеріям залежності, та які кроки потрібні далі.

*Не панікуйте й не застосовуйте силові методи.* Зачиняти вдома, контролювати телефон, читати листування – неефективно та небезпечно.

*Пам'ятайте: перший крок має зробити сама людина.* Залежність формується несвідомо, але рішення про одужання має бути внутрішнім.

### ***Поширені запитання та рекомендації щодо відповідей***

*Як почати розмову?* Стисло, чесно, без осуду, наприклад: «Я бачу, що тобі складно. Я поруч і хочу допомогти. Якщо ти готовий(а) – звернімося до спеціаліста».

*Як переконати людину лікуватися?* Силою це не вдасться. Ви можете лише інформувати та бути поруч. Людина приймає рішення добровільно, тоді лікування дає результат.

*Що робити, якщо людина відмовляється від допомоги?* Звернутися самому по консультацію до фахівця, який навчить технік комунікації; пояснить, як знизити ризики; допоможе сім'ї стабілізувати ситуацію.

*Чи потрібне медикаментозне лікування?* У деяких випадках – так, передусім за наявності тривоги, депресивних симптомів, імпульсивності, компульсивної поведінки. Рішення ухвалює лікар-психіатр.

### ***Важливо пам'ятати!***

1. Залежність – не слабкість і не «погана звичка», а розлад із нейробіологічними та психологічними механізмами.

2. Відновлення – процес, пов'язаний з рецидивами, але вони не означають поразку.

3. Ваша участь, спокій і підтримка істотно підвищують шанси на одужання.

4. Чимало людей успішно долають ігрову залежність, це можливо і для вашої родини.

**ПАМ'ЯТКА**  
**«ЯК КОРЕКТНО ПОГОВОРТИ З ЛЮДИНОЮ,**  
**ЯКА ЗЛОВЖИВАЄ АЛКОГОЛЕМ**  
**АБО НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ»**

Розмова про залежність – складна, емоційно напружена, але вкрай необхідна. Її мета – не звинуватити, а посилити усвідомлення проблеми, послабити заперечення та мотивувати звернутися по допомогу.

*1. Підготуйте безпечні умови для розмови*

Оберіть доречний час і приватне місце, де вас ніхто не перериватиме.

Розмова має відбуватися лише у тверезому стані, не під час інтоксикації та не в абстинентному синдромі.

Забезпечте атмосферу спокою, поваги й безпеки, без свідків і тиску.

*2. Продумайте зміст розмови заздалегідь*

Почніть із повідомлення про свою небайдужість: «Ти для мене важлива людина, і я хвилююся за тебе».

Формулюйте думки в підтримувальному, неконфліктному тоні.

Уникайте звинувачень, приниження та ярликів («алкоголік», «наркоман» тощо).

Навіть якщо людина вчинила негативні дії в стані сп'яніння, не переходьте на образи.

*3. Говоріть про факти та наслідки через «Я-повідомлення».* Замість докорів використовуйте форму: «Мені боляче спостерігати, як ти страждаєш...»; «Я хвилююся, бо це вже впливає на твоє здоров'я/роботу/стосунки...»; «Мені боляче, що через це ми віддаляємося...».

Описуйте конкретні наслідки для життя людини та близьких, не узагальнюючи та не перебільшуючи.

*4. Запропонуйте підтримку, а не контроль*

Якщо людина визнає проблему:

– обговоріть реальні шляхи допомоги:

консультація лікаря-психіатра або нарколога;

психотерапія;

групи підтримки;

реабілітаційні програми.

Скажіть прямо: «Я готовий(-а) бути поруч і підтримувати тебе на цьому шляху».

Акцентуйте, що звернення по допомогу – це вияв відповідальності, а не слабкості.

#### *5. Будьте готові до різних реакцій*

Можливі:

- заперечення («У мене немає проблеми»);
- агресія;
- торг («Я сам впораюся»);
- знецінення;
- маніпуляції.

Незалежно від реакції:

- зберігайте спокій та рівновагу;
- не вступаєте в конфлікт;
- дайте людині зрозуміти, що двері до допомоги залишаються відчиненими.

#### **Як не можна діяти під час спілкування з людиною із залежністю**

Не сприймайте агресію чи заперечення на власну адресу – це вияв хвороби.

Не погрожуйте, не шантажуйте, не карайте, не «купуйте» тверезість подарунками.

Не моралізуйте та не апелюйте до совісті – це посилює сором та опір.

Не прикривайте наслідки вчинків залежної людини (борги, конфлікти, порушення).

Не шукайте виправдань її поведінки.

Не звинувачуйте себе – ви не є причиною залежності.

Не намагайтеся силоміць змусити змінитися – рішення має бути внутрішнім.

#### **Важливо пам'ятати!**

Алкогольна та наркотична залежність – це захворювання, а не вада характеру.

Однієї розмови зазвичай недостатньо – діалог може тривати в кілька етапів.

Навіть якщо зараз людина не готова прийняти допомогу, вона може звернутися до вас згодом.

Ваша спокійна, послідовна, тверда позиція без агресії – один із ключових факторів змін.

**ПАМ'ЯТКА**  
**«ЯК ПІДТРИМАТИ ЛЮДИНУ, ЯКА ЗЛОВЖИВАЄ**  
**АЛКОГОЛЕМ АБО НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ»**

Важливо розуміти, що *алкогольна та наркотична залежність є хронічним захворюванням*, яке рецидивує та має біопсихосоціальну природу. Це означає, що:

- підтримка з боку близьких може бути тривалою, іноді протягом усього життя;
- процес одужання має хвилеподібний характер – періоди покращення можуть змінюватися загостреннями;
- крім фізіологічного потягу до речовин, спостерігаються: порушення самоконтролю, імпульсивність, деструктивні поведінкові реакції, підвищений ризик депресивних, тривожних та особистісних розладів.

*Рецидив* не є «поразкою», це частина перебігу захворювання. За даними клінічних досліджень, близько 60–70 % осіб з алкогольною залежністю переживають рецидиви, навіть за умови щирої мотивації до тверезості.

*Основні чинники, що підвищують ризик рецидиву:*

- переконання людини у власній неспроможності утримувати тверезість;
- негативні емоційні стани: гнів, сором, самотність, нудьга, виснаження;
- міжособистісні конфлікти;
- соціальний тиск у колі, де вживають алкоголь або наркотики;
- святкові події та інтенсивні позитивні емоції;
- зовнішні тригери (реклама алкоголю, знайомі місця, «улюблені» компанії);
- відсутність сформованих альтернативних стратегій подолання стресу.

Знання цих факторів дає змогу попереджати зриви, а не лише реагувати на них.

*Не кожна людина, яка вживає алкоголь, має клінічно сформовану залежність.* Усе залежить від:

- рівня проблемності вживання;
- збереженого самоконтролю;
- внутрішньої мотивації.

Можливими є різні стратегії: повна відмова від вживання або контрольоване скорочення, якщо це клінічно допустимо. У такому разі доцільно:

- обговорити безпечні альтернативи;
- створити нові моделі дозвілля (спорт, навчання, хобі, волонтерство);
- замінити «алкогольні ритуали» іншими формами соціальної взаємодії.

Алкоголь або наркотики часто використовують як спосіб уникнення психологічного болю, зокрема через: тривогу, хронічний стрес, міжособистісні конфлікти, самотність, втрати, професійне вигорання. Якщо ці причини не буде опрацьовано, ризик зриву зберігається навіть після періоду тверезості.

***Наявність стійкого підтримувального середовища є одним із найпотужніших захисних чинників тривалого одужання.***

*Особливо ефективними є:*

– спільноти анонімних алкоголіків й анонімних наркоманів;

- програми наставництва;
- групи психологічної підтримки.

Їх ефективність ґрунтується на:

- принципі рівності;
- відсутності осуду;
- спільному досвіді подолання залежності;
- постійному соціальному зворотному зв'язку.

**Як саме ви можете бути опорою:**

- залишайтеся поруч без контролю і тиску;
- підтримуйте у зверненні до фахівців;
- хваліть за будь-який, навіть мінімальний прогрес;
- не знецінюйте зриви, але й не нормалізуйте вживання;
- дбайте про власні психологічні межі.

**Ви не є лікарем і не несете відповідальності за вибір іншої людини. Ваша роль – підтримка, а не порятунок за будь-яку ціну.**

## Додаток Л

### «ГАРЯЧІ ЛІНІЇ» ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Контакт-центр МОЗ	0 800 60 20 19	Цілодобово
Урядова лінія	1547	Цілодобово
Лінія Мінреінтеграції	1548	Цілодобово
Телефон довіри 1550	1550	Цілодобово
Лінія запобігання самогубствам Lifeline Ukraine	7333	Цілодобово
Лінія ГО «Ла Страда- Україна»	0 800 500 335; 116 123	Цілодобово
Лінія Національної психологічної асоціації	0 800 100 102; help.npa-ua.org	Щодня, крім перерви з 05:00 до 09:00 ранку
Лінія Міжнародної гуманітарної організації «Людина в біді»	0 800 210 160	Цілодобово
Лінія емоційної підтримки Міжнародної організації з міграції	0 800 211 444	10:00–20:00
Гаряча лінія психологічної допомоги для учасників АТО (ООС) та членів їхніх сімей	0 800 505 085	Цілодобово
Лінія допомоги для ветеранів та членів їхніх родин Українського ветеранського фонду	0 800 33 20 29	Цілодобово

«Порадня» від Української спілки психотерапевтів	+380971124591	10:00–20:00, Пн–пт
Філія Центру психосоціальної реабілітації НаУКМА	080 033 3234 Skype: misha20081996	08:00–20:00, пн–сб
UA Mental Help	0800 331 200 Facebook: @UAMentalHelp Instagram: @uamentalhelp	09:00–21:00, пн–нд
Телеграм чат-бот першої психологічної допомоги	Телеграм чат-бот: FriendFirstAidBot	Цілодобово
Психологічна допомога для цивільних та військових українців #ВАРТОЖИТИ	5522; +38 (093) 170 72 19 vartozhyty.com.ua	11:00–19:00 пн–пт
Krisenchat Ukrainian	Телеграм чат-бот: krisenchatUA_bot	Цілодобово
Лінії Київського міського центру психолого- психіатричної допомоги при станах душевної кризи	+38 (044) 456 17 02; +38 (044) 456 17 25	Цілодобово
Телефон довіри м. Хмельницький	+38 (067) 133-15-50	Цілодобово
Контакт-центр м. Покровськ	0800 300 101	08:00–20:00

*Наукове видання*

ПАМПУРА Ігор Іванович,  
БОЙКО-БУЗИЛЬ Юлія Юріївна,  
ТКАЛЕНКО Олег Валерійович,  
АНДРОСЮК Вячеслав Георгійович

## ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ТА АДИКЦІЙ У ПРАЦІВНИКІВ МВС

Науково-практичні рекомендації

Підп. до друку 11.10.2025. Формат 60×84/16.  
Папір офсетний. Друк цифровий.  
Ум. друк. арк. 6,98. Зам. № 1210-25/8.  
Наклад 100 прим.

Видавець і виготовлювач ТОВ «7БЦ»  
03067, м. Київ, вул. Олекси Тихого, 84  
e-mail: 7bc@ukr.net, тел: (044) 592-00-80  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №5329 від 11.04.2017