

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет охорони здоров'я, психології та соціальної роботи
Школа соціальної роботи ім. В. І. Полтавця

Кваліфікаційна робота

Попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в Україні

Виконала: студентка 4-го року навчання,
спеціальності «231 Соціальна робота»
Ільчук Софія Дмитрівна

Науковий керівник: Бондаренко Н. Б.,
кандидатка психологічних наук, практичний психолог вищої категорії

Рецензент: Гусак. Н. Є.,
кандидатка соціологічних наук, доцентка

Бакалаврська робота захищена
з оцінкою «_____»

Київ 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ

СКОРОЧЕНЬ.....4

ВСТУП.....4

РОЗДІЛ 1 Теоретико-прикладні засади попередження суїциду та суїцидальної поведінки серед ветеранів.....7

1.1. Визначення суїциду, суїцидальної поведінки та їх особливості серед ветеранів війни.....7

1.2 Попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в Україні.....13

1.3 Попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в світі.....19

РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ24

2.1 Час і місце проведення дослідження.....24

2.2 Етапи та процедура проведення дослідження24

2.3 Методи та інструменти дослідження.....25

2.4 Характеристики вибірки дослідження.....26

2.5 Етичні засади проведення дослідження28

2.6 Концептуалізація понять28

РОЗДІЛ 3 Основні аспекти попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в

Україну.....30

3.1 Чинники суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в Україну.....30

3.2 Бар'єри в попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в Україну.....34

3.3 Основні способи подолання суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в Україну.....37

ВИСНОВКИ.....41

ДОДАТКИ..... 43

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....45

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПТСР-посттравматичний стресовий розлад;

ГО-громадська організація;

БФ-благодійний фонд;

VA-Міністерство у справах ветеранів США (U.S. Ministry of Veteran Affairs)

ВСТУП

За прогнозами Міністерства України у справах ветеранів, кількість людей, на яких буде спрямована ветеранська політика, становитиме 4-5 мільйонів людей. Ця оцінка включає ветеранів російської військової агресії в Україні та членів їх сімей. Чисельні дослідження доводять зв'язок між участю в бойових діях та підвищеним ризиком суїцидальної поведінки (Rozanov & Carli, 2012), а загальний ризик суїцидальної поведінки серед ветеранів є вищим, ніж серед активних військовослужбовців та цивільного населення, тому сфера попередження

ветеранських суїцидів потребує більших досліджень та розробки відповідних стратегій (Sadler, Pedlar, Ursano, 2024).

Проблему суїцидальної поведінки серед учасників війни пов'язують з розвитком посттравматичного стресового розладу (Koven, 2017). Міністерство охорони здоров'я України (2019) визначає ПТСР як хронічне порушення психічного стану, що може розвинутиися після травматичної події.

В західному науковому дискурсі проблема суїцидальної поведінки серед ветеранів війни є широко дослідженою: її досліджували Rice, Timothy & Sher, Leo (2014), Lee, Elizabeth (2011), Koven, Steven G. (2016) та інші. В Україні великих досліджень щодо суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україні ще не було проведено, але проблему ветеранського суїциду та ПТСР досліджують Синишина, В. (2021), було розроблено методологію з психологічної роботи з ветеранами та бійцями АТО/ООС (Пьюсельнік, О., Древіцька, О., 2015). У 2022 році опубліковано методичний посібник з посилення спроможності соціальних працівників здійснювати психосоціальну підтримку ветеранів та їх сімей з питань психічного здоров'я (Горбунова, В., Савиченко., О., Тичина, І., Портницька, Н., 2022), було розроблено методичний посібник з психопрофілактики суїцидальної поведінки серед військовослужбовців (Колесніченко О., Мацегора Я., Приходько І., 2022).

Актуальність дослідження полягає в тому, що проблема ветеранського суїциду може стати критичною в поствоєнному українському суспільстві й соціальна система повинна бути готовою обслужити велику частину населення: не тільки ветеранів, але й їх сім'ї, та проводити ефективні заходи з профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів.

Мета дослідження: розкрити основні аспекти попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україну.

Досягнення окресленої мети передбачає виконання наступних завдань:

- 1) Визначити та проаналізувати теоретичні підходи та досвід попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в Україні та світі;
- 2) З'ясувати основні чинники суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україну;
- 3) Виявити основні бар'єри в попередженні суїциду та суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україну;
- 4) Встановити основні способи подолання суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україну.

Об'єктом дослідження є суїцидальна поведінка серед ветеранів війни. Предметом дослідження є чинники суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україну та бар'єри, що постають в запобіганні суїциду та суїцидальної поведінки серед ветеранів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВЕТЕРАНІВ

1.1. Визначення суїцидальної поведінки та її особливості серед ветеранів

ВООЗ визначає суїцид (самогубство) як навмисне само ушкодження з наміром закінчити життя. За даними організації, щороку близько 800 000 людей закінчують життя самогубством а спроба суїциду вчиняється кожні 2 секунди, закінчена спроба-кожні 40 секунд (World health organization, 2014). Приблизно 0,5-1,4% людської смертності спричинені суїцидом, більшість завершених спроб самогубства припадають на чоловіків (Khazaei et al, 2017), а незавершені спроби самогубства в 30 разів більш поширені за завершені (Bachmann, 2018).

Суїцидальну поведінку пов'язують з кризовими ситуаціями, які відбуваються в житті людини та ситуаціями, в яких людина не може впоратися з життєвими обставинами: проблеми в родині, самотність, розрив стосунків, хронічний біль, втрату близької людини. Всплески суїцидальної поведінки можуть спостерігатися під час природних катастроф, війни, після пережитих актів насильства та жорстокості, терору. Підвищений ризик скоєння суїциду мають вразливі групи населення: мігранти, біженці, ЛГБТК+ особи, люди, що перебувають в місцях обмеження волі (Міністерство охорони здоров'я України, 2023).

Існує багато теорій, які пояснюють причини суїциду. Шнейдман (1985), якого називають батьком сучасної суїцидології, називає суїцид реакцією на нестерпний біль, в тому числі психологічний. Безнадію як рушійний фактор описано в The Hopelessness Theory of Suicidality (Abramson et al., 2002). В інтерперсональній теорії суїциду (Джойнер, 2005) вперше було запропоновано розглядати розвиток думок про

суїцид, тобто суїцидальну ідеацію та прогресування від думок до дій, як два окремі процеси, зумовлені різними причинами та факторами ризику. Відповідно до теорії, суїцидальні думки перетворюється в дію, коли два міжособистісні конструкти перетинаються та повторюються, а також відчуються як безнадійні та невинні: зірвана приналежність («я-самотній») та відчуття обтяжливості («я-тягар») (Van Orden et al., 2010). Ідея розділяти суїцидальну поведінку й спробу суїциду стали новаторськими й відкрили поле для новітніх теорій суїциду, які базуються на структурі «від ідеї до дії». Інтегрована мотиваційно-вольова модель суїцидальної поведінки, запропонована О'Коннор (2011), є стрес-діатез моделлю, що поєднує в собі основи психопатології, дані дослідження суїциду та розробки з психології здоров'я, та розділяє процес від появи суїцидальних думок до вчинення суїцидальної поведінки на 3 фази: пре-мотиваційну фазу, мотиваційну фазу та вольову фазу поведінкової дії. Пре-мотиваційна фаза включає в собі фактори, що є «бекграундом» людини: генетика, соціальні передумови, негативні життєві події, особистісні якості, наприклад, перфекціонізм, в якій суїцидальна ідеація та суїцидальна поведінка можуть зародитися (O'Connor and Cirtley, 2018a, O'Connor and Cirtley, 2018,b). «Мотиваційна фаза-момент посилення та формування мотивації до скоєння суїциду, ключовими факторами переходу до якої є відчуття поразки та пастки, які підсилюються додатковими рисами особистості, наприклад, навичками подолання стресу та ставленням до труднощів у житті. Перехід до третьої фази пов'язаний із індивідуальною імпульсивністю людини, доступом до засобів самогубства та індивідуальними вольовими здібностями, які полегшують перехід від намірів до дій» (O'Connor, 2011).

Новітньою теорією суїциду є теорія трьох шагів (The three-step theory), заснована на схемі «від ідеї до дії» (Klonsky and May, 2015). Гіпотеза теорії полягає в тому, що суїцидальна ідеація виникає внаслідок комбінації болю, в тому числі психологічного, та безнадійності. Ключовим фактором ескалації бажання вчинити суїцид є відсутність зв'язків (соціальних), а перехід до дій пов'язаний з суїцидальною спроможністю людини. Теорія є науково-доведеною і

використовується в навчальних програмах, тренінгах для гейт-кіперів, дослідженнях та ресурсах самодопомоги (Klonsky et al., 2021).

На основі теорії трьох шагів (Klonsky and May, 2015) в 2021 в США було проведено дослідження для розуміння бар'єрів в попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів війни. Результати дослідження показали, що **найбільший ризик суїциду мають ветерани в перший рік звільнення з військової служби, а відсутність доступу до психологічної підтримки стає «смертельною прогалиною» для ветеранів** (Sokol, Gromatsky, Edwards, Edwards, Greene, Geraci et al., 2021). Також дослідниками було виявлено, що ветерани, що проживають в сільській місцевості, мають вищий ризик вчинення суїциду, ніж ветерани, що знаходяться в міському середовищі, через гірший доступ до кваліфікованої психологічної допомоги (Dittrich, Lutfiyya, Kucharyski, Grygelko, Dillon, Hill et al., 2015).

Численні дослідження доводять-понад 95% суїцидів вчинено людьми, що страждають від розладів психіки (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Депресивні розлади, зловживання психоактивними речовинами та стан психозу є факторами ризику, що домінують; а також тривожність, розлади особистості, харчові розлади, розлади, пов'язані з переживанням травми (Bachmann, 2018).

За Тілбері (2002), психічне здоров'я складається з таких критеріїв, як: **1) уявлення про зрілого себе**, що означає здатність насолоджуватися життям та бути задоволеним життям, здатність об'єктивно та позитивно оцінювати себе, свої здатності та обмеження; здатність поводити себе відповідно до системи особистісних цінностей та уявлень та адаптуватися до змін життєвих обставин; **2) самоорганізація в соціальних стосунках**, тобто здатність мати близькі стосунки хоча б з кількома людьми з родини або оточення; здатність усвідомлювати, ідентифікувати та виражати свої думки, відчуття та потреби у прийнятний соціумом спосіб; **3) виконання соціальних ролей**, як в родині (роль матері/батька), так і в робочому або навчальному середовищі (роль працівника або роль студента). Тобто, при розладі психіки важливі функції життя та існування людини в суспільстві порушуються, що породжує ще більші страждання та ізоляцію, дають відчуття

безвиході та непотрібності, де суїцид вбачається людиною як єдиний спосіб врятувати себе від страждань.

Ветерани війни-категорія населення, що має високий ризик захворювання на розлади психіки. Емпірично доведено, що найбільш поширеними розладами психіки серед ветеранів війни є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та депресія, а також надвисокий, часто хронічний стрес в умовах війни може привести до «розблокування» генетичних хвороб психіки, таких, як шизофренія, шизоафективний розлад, біполярний розлад особистості (Enoue et al, 2024). Дослідники в США шляхом мета-аналізу охопили 57 досліджень та виявили 57% коморбідності великого депресивного розладу та ПТСР серед ветеранів війни (Rytwinski et al., 2013). Також в 2015 в США було проведено дослідження (Boscarino, Hoffman, Pitcavage & Urosevich, 2015) серед 700 ветеранів війни, що користувалися послугами Міністерства зі справ ветеранів. 50% респондентів потребували пожиттєвих послуг із підтримки ментального здоров'я; 18,4% мали депресію впродовж всього життя; 9,6% мали діагностований ПТСР. Дослідження виділило такі значущі фактори, пов'язані з ПТСР, депресією та користуванням сервісами підтримки психічного здоров'я, як зловживання психоактивними речовинами для само підтримки; історія труднощів в дитинстві; низька самооцінка; бойовий стрес; низька психологічна стійкість. При цьому, лише половина з усіх ветеранів війни, що мають психологічні проблеми, звертаються за психологічною допомогою (Tanielian & Jaycox, 2008). Це пов'язано зі специфічними бар'єрами щодо доступу до психологічної підтримки для ветеранів (Американська громадська організація здоров'я, 2014). В ситуації ветеранів війни в США виникають такі основні бар'єри, як довгі листи очікування запису до спеціаліста та стигматизація ментальних захворювань в військовій спільноті (Tanielian & Jaycox, 2008).

Міністерство охорони здоров'я України пояснює посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як хронічне порушення психологічного стану, що може розвинутися після події, що травмує. В Міжнародному класифікаторі хвороб (МКХ-11) ПТСР та комплексний ПТСР визначено як різні діагнози. Спільними характеристиками для обох діагнозів є: переживання екстремального стресу або серії стресових подій, що

приводять до таких симптомів, як флешбеки, тобто постійне згадування та проживання в думках подій, що стали травматичними, зазвичай у вигляді ясних, чітких спогадів, нав'язливих думок або снів, циклічний перебіг думок про ці події, які зазвичай супроводжуються вираженими, негативними емоціями, сильними фізичними відчуттями; навмисне уникання думок та розмов про травматичні події, або людей, установ, місць, що можуть нагадувати про ці події; постійне відчуття підвищеної загрози, різка реакція на зовнішні стимули, наприклад, голосні звуки.

Комплексний ПТСР відрізняється характером подій, що його провокують: зазвичай це довга стресова ситуація, від якої неможливо втекти, наприклад, тортури, рабство або полон, та окрім основних симптомів ПТСР, характеризується глибоким відчуттям провини, сорому відносно травми; труднощами в створенні, підтримці стосунків та здатності проживати відчуття емоційної близькості, відсутність довіри до оточення. Підсумовуючи, симптоми ПТСР мають серйозний вплив на якість життя людини та її здатність функціонувати в суспільстві.

Шпортун, Савчук (2024) провели дослідження серед українських ветеранів війни, що мають ПТСР, та виділили такі симптоми: високий рівень соматизації (70%), тривожності (86%), ворожості (68%). Наслідками проживання ПТСР стали дистрес та дезадаптація (84%), симптоми уникнення (72%), подія травми (69%). 73% респондентів виявили низьку здатність опиратися стресу. В результаті дослідження соціальних наслідків ветеранів війни з ПСТР було виявлено, що 66,2% респондентів мають труднощі зі спілкуванням з оточенням, а соціальна виключеність (connectedness) є одним з основних наслідків симптомів ПТСР (Sippel et al., 2018). Симптоми ПТСР можуть стати серйозним бар'єром для ветеранів війни на шляху повернення до цивільного життя (Schnurr et al., 2009).

Було розроблено багато науково-підтверджених психотерапевтичних методів для лікування ПТСР. Метод EMDR (десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей) (Shapiro, 1987)-інноваційна травмотерапія, направлена на стимуляцію механізмів обробки травматичної інформації мозком. EMDR є частиною підходу експозиційної терапії (Павлов, 1927)- поведінковою терапією, направленою на лікування тривожних розладів. В 2013 в США було проведено дослідження

ефективності довготривалої експозиційної терапії серед 150 ветеранів, які не приймали медикаменти для лікування депресії або ПТСР. Було виявлено зниження симптомів ПТСР на 42%, зниження симптомів депресії на 31%, і покращення якості життя (Goodson et al., 2013).

Протокол реконсолідації травматичних спогадів (РСТ) (Kredlow&Otto, 2015; Grey, Budden-Potts, Schwall&Bourke, 2015) —новий метод травмотерапії, який «спрямований на зміну різних модальностей відчуттів (наприклад, кольору, чіткості, швидкості, відстані) у відтворенні травматичної події. Основним завданням РСТ є відокремлення травматичних відчуттів від спогадів за допомогою безпечного, невимушеного процесу повторного уявлення» (The Ukrainian Psychotrauma Center, 2024). Дослідники Gray&Bourke (2015), Kredlow&Otto (2015); Gray, R. M., Budden-Potts, D., Schwall, R. J., & Bourke, F. F. (2021), Grey (2023) підтверджують високу ефективність методу, який вимагає лише 3 сесії для опрацювання травми та зниження симптомів ПТСР та комплексного ПТСР як серед цивільних, наприклад, жертв терористичних атак, так і серед військових-комбатантів. Когнітивно-процесуальна терапія (Cognitive Processing Therapy) —частина поведінкової терапії, метод лікування травми та ПТСР, ефективність якого доведена багатьма дослідженнями (Asmundson, Thorisdottir, Roden-Foreman, Baird, Witcraft, Stein et al., 2019). Цей метод передбачає 12 сесій, в ході яких терапевт разом з пацієнтом корегують думки пацієнта щодо подій, що травмували, тим самим змінюючи відчуття клієнта щодо того, що з ним відбулося (U.S. Department of Veteran Affairs).

Підсумовуючи, ветерани війни можуть потребувати психологічної допомоги, адже часто мають досвід проживання гострого довготривалого стресу, стають свідками травматичних подій та можуть захворіти на депресію, тривожний розлад, ПТСР та комплексний ПТСР, а тому мають підвищений ризик розвитку суїцидальних думок та суїцидальної поведінки.

1.2. Попередження суїциду та суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в Україні

В Україні ветерани війни мають особливий соціальний статус та мають гарантовані пільги, відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту та пільги» від 04.04.2024. Відповідно до Закону, державна політика соціального захисту ветеранів спрямована на самих ветеранів та членів їх сім'ї є цілеспрямованою, системною діяльністю органів державної влади, що реалізується шляхом надання соціальних пільг та соціальних гарантій відповідно до законодавства. Закон декларує, що організація державної політики соціального захисту ветеранів формується та реалізується на основі соціальної справедливості, а також заявляє про комплексність організації заходів адаптації до цивільного життя. Закон гарантує низьку пільг, наприклад, безкоштовне користування громадським транспортом чи першочергове обслуговування закладами та установами, що надають соціальні послуги з догляду. При цьому, в Законі України «Про соціальні послуги» від 2019, соціальні послуги гарантовані вразливим категоріям населення та людям в складних життєвих обставинах, але статус ветерана війни не включено в чинники складних життєвих обставин, тому наразі Закон не гарантує доступ до базових соціальних послуг для всіх ветеранів війни та їх родин, а лише для осіб, які мають особливі потреби, наприклад, інвалідність, часткова втрата пам'яті, психічні та поведінкові розлади, безробіття, малозабезпеченість. У 2024 аналітичним центром

Cedos було проведено дослідження викликів та потреб організації соціальних послуг для ветеранів у громадах, результатами якого стали висновки про брак фахівців для обслуговування ветеранів, брак коштів та транспортних засобів, нерівномірне розподілення ресурсів залежно від розміру громад, а також проблема відсутності однієї конкретної установи, звідки ветерани можуть починати свій шлях реінтеграції та отримання пільг. Викликом також став низький рівень обізнаності ветеранів про доступні послуги та місця їх отримання (Cedos, 2023).

У 2018 році в Україні було створено центральний виконавчий орган, відповідальний за реалізацію державної політики, поширеної на ветеранів-Міністерство у справах ветеранів. Міністерство займається рядом проєктів, направлених на підтримку ветеранів, в тому числі психологічну та полегшення їх реінтеграції після звільнення з військової служби, полегшення доступу до отримання пільг та поширення інформації про доступні послуги. В рамках роботи Міністерства в 2024 році було запущено експериментальний проєкт "Помічник ветерана», суть якого—«створення так званого Інституту помічника ветерана, який навчає ветеранів та членів їх родин, що бажають допомогти іншим ветеранам гідно пройти шлях переходу від військової служби до цивільного життя, а також отримати гарантовані державою пільги та послуги». Набір бажаючих стати першими помічниками ветеранів було проведено в онлайн-режимі, після чого їм буде запропоноване навчання та працевлаштування в 9 областях України та місті Києві (E-Ветеран, 2024). Реінтеграція ветеранів в цивільне життя є важливим та важким процесом, під час якого ризик суїциду є досить високим через ряд причин, наприклад, кризу ідентичності чи зміну соціального статусу (Pease, Billera&Gerard, 2015). Помічник у вигляді людини, яка має схожий ветеранський досвід та може краще за інших зрозуміти труднощі й виклики в житті ветеранів і легше знайти спільну мову з ними, може стати ефективним в полегшенні реінтеграції ветеранів в цивільне життя.

7 травня 2024 року була відкрита гаряча лінія за номером 1536 з питань соціального захисту для військових, де вони можуть отримати інформацію про отримання психологічної, медичної та фінансової допомоги, пільги, призначення

пенсії тощо. Також було запущено електронний кабінет постраждалого на сайті МВС України, де військові та члени їх родин, можуть отримати доступ до своїх облікових даних та залишити запит на медичну, психологічну, юридичну допомогу (з офіційного телеграм-каналу речника МВС Ігора Клименка).

14 липня 2021 року було створено «Український ветеранський фонд Мінветеранів» (УВФ)-державну установу, основна мета якої-сприяння реінтеграції ветеранів війни в продуктивне цивільне життя. Місією УВФ є: агрегація можливостей реінтеграції ветеранів; надавання експертних порад та ресурсів для реінтеграції ветеранів в цивільне життя; адвокація інтересів українських ветеранів; формулювання та підтримка позитивного іміджу ветеранів в суспільстві. Ключовими досягненнями фонду є надавання грантів ветеранському підприємництву в розмірі 201 мільйонів гривень в рамках конкурсних програм ВАРТО; підтримали 508 ветеранських підприємств; запустили Гарячу лінію кризової підтримки для ветеранів, за час роботи якої фахівці опрацювали понад 20 тисяч дзвінків. В рамках діяльності УВФ разом з Українським католицьким університетом було створено онлайн-курс для ветеранів «Повернення з війни: розум, тіло, соціум». У 2023 було запущено інформаційну кампанію для підсилення поваги до ветеранів у суспільстві «Ветерани різні. Перемога одна» ([Veteran Hub, 2024](#)). Таким чином, превенція суїцидальної поведінки серед ветеранів не є основною метою діяльності УВФ, але місія та діяльність фонду: полегшення реінтеграції ветеранів, створення робочих та освітніх можливостей для них та створення позитивного образу ветерана в цивільному суспільстві —направлені на покращення якості життя ветеранів, особливо соціального, можуть позитивно впливати на їх загальний психологічний стан та знижувати ризик суїцидальної поведінки.

Програма СЕТА, відкрита в Україні за партнерства USAID, Національного університету «Києво-Могилянська академія» та Університету Джона Гопкінса, діє в Запоріжжі, Києві та Харкові. Мета програми-надавання безкоштовної психологічної допомоги населенню України, що постраждало від військових дій, передусім ветеранам, їх родинам та внутрішньо переміщеним особам. Програма розроблена в рамках когнітивно-поведінкового підходу в університеті Джона Гопкінса групою

фахівців з прикладних досліджень та успішно реалізована в багатьох країнах. З початку дії програми було надано психосоціальну підтримку 361 особі (СЕТА, 2024).

За ініціативи Першої Леді України було запущено Всеукраїнську програму ментального здоров'я «Ти як?» у травні 2022 року. Метою програми є розбудова якісної системи надання психологічних послуг для населення України, поширення психоедукації та розвиток культури піклування про ментальне здоров'я. Програма реалізується через низку проєктів, координованих різними установами та міністерствами України («Ти як?», 2024). В рамках програми було розроблено мобільний додаток з психологічної самодопомоги «База» для військових та ветеранів, в якому вони можуть вести щоденник настрою, слухати медитації, створювати флеш-картки, отримати психоедукацію, пов'язану з проживанням ветеранського досвіду, а також швидкий доступ до кризової лінії підтримки із запобігання самогубствам LifeLine Ukraine за номером 7333 та Гарячу Лінію від Українського ветеранського фонду, а також інші контакти громадських організацій, благодійних фондів та центр реабілітації, що надають підтримку військовослужбовцям та ветеранам. Також в додатку є функція внесення контактів людей, яким користувач може зателефонувати в кризовому стані («База», 2024).

В рамках програми «Ти як?» під керівництвом Міністерства соціальної політики було започатковано експериментальний проєкт зі створення центрів надання комплексної соціальної послуги з розвитку життєстійкості. 3 жовтня 2024 року Кабінетом Міністрів України було видано відповідну Постанову «Про реалізацію експериментального проєкту з запровадження комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості». Постанова визначила мету надання комплексної соціальної послуги: підтримку психічного здоров'я населення та зниження загального рівня стресу і тривожності серед населення; адаптація сімей/осіб/груп осіб, які проживають на території територіальної громади, зокрема внутрішньо переміщених осіб, до кризових ситуацій, запобігання психологічній травматизації та мінімізації ризиків ретравматизації та інші. Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2024 року «Про організацію діяльності та забезпечення функціонування центрів життєстійкості» зазначає перелік соціальних

послуг, наданих в рамках комплексної соціальної послуги, серед яких зазначається й робота фахівця із супроводу ветеранів війни та демобілізованих осіб. Згідно з інформацією, опублікованою на офіційному сайті Мінсоцполітики, станом на 1 травня 2024 року Центри життєстійкості працюють у 22 областях України, всього таких просторів відкрито 68, ще 132 запрацюють впродовж року. Усі центри є інклюзивними та безбар'єрними (Мінсоцполітики, 2024).

У 2014 році було створено центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України—перший в країні заклад, що спеціалізується на лікуванні психотравми та допомоги особам, що пережили полон та тортури. Центр використовує інтегративний підхід в лікуванні та поєднує класичні методи лікування та альтернативну медицину, наприклад, анімалотерапію—терапію взаємодії пацієнтів та тварин, арт-терапію, акупунктуру, йогу, посилену для сну та інше. Окрім цього, в центрі надають послуги фізичної реабілітації та послуги фахівця з соціальної роботи: соціальне консультування, консультування соціальної адаптації, послуга соціальної інтеграції та реінтеграції, клінічний кейс-менеджмент («Лісова поляна» МОЗ України, 2024).

В Україні діє багато благодійних фондів та громадських організацій, направлених на підтримку ветеранів війни. Відкритий ветеранський простір «Veteran Hub» працює з 2018 року та надає різнопланову підтримку ветеранам війни та їх рідним на безоплатній основі: психологічна допомога, юридичні консультації, проводить просвітницьку діяльність для роботодавців щодо особливостей працевлаштування людей з ветеранським досвідом. Основні простори Veteran Hub знаходяться в містах Києві та Вінниці, а також мають партнерські офіси Плюс Плюс, розташовані в містах Дніпро, Іванків, Луцьк, Новомосковськ, Полтава, Тернопіль, Ужгород, Хмельницький. Від Veteran Hub також діє гаряча лінія психологічної та юридичної підтримки за номером 067 348 28 68. Також організація займається дослідженнями, пов'язаними з ветеранським досвідом: «Шлях ветерана—дослідження про досвід війни та повернення до цивільного життя» (2022), в результаті якого було розроблено Mapу шляху проходження військової служби

ветеранами та ветеранками та їх повернення до цивільного життя (Veteran Hub, 2023).

Український благодійний фонд «Ветеранське об'єднання «Vesta»» працює під гаслом «veterans&family&friends» та безкоштовно надає ветеранам та їх рідним психологічні та юридичні консультації, а також проводить освітні тренінги для психологів щодо особливостей психологічної допомоги ветеранам. В квітні 2024 року Vesta підписали меморандум про співпрацю з Національним агенством України з питань державної служби, в рамках якого організація розроблятиме рекомендації держслужбовцям щодо комунікації з ветеранами, впроваджуватиме комунікаційну стратегію щодо взаємодії з ветеранами та їх близькими, розроблятиме системні рішення щодо реінтеграції ветеранів та їх працевлаштування в державних органах та органах місцевого самоврядування (БФ «ВО «Vesta», 2024).

Громадська організація «Ресурсний центр «Лісова Поляна» був створений у 2022 фахівцями, що з 2014 року надають допомогу у відновленні військовим, ветеранам та цивільним, що постраждали від війни. ГО засновано на базі ДЗ Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України та націлений на «створення можливостей для вивчення кращих практик відновлення психічного здоров'я, створення платформи для навчання та обміну досвідом широкого кола фахівців, що працюють з постраждалими від війни, посилення та покращення якості послуг в сфері психічного здоров'я» (ГО «Ресурсний центр «Лісова поляна», 2024).

Громадська організація «Вільний вибір» діє з 2015 року та займається безкоштовною психологічною реабілітацією ветеранів: надає індивідуальні психологічні консультації, проводить групову терапевтичну роботу та тренінги для психологів, а також проводить освітні заходи та розробляє освітні матеріали: статті, брошури, комікси (ГО «Вільний вибір», 2024). Окрім вище зазначених, психосоціальною підтримкою ветеранів в Україні займаються ГО «Громадський рух «Жіноча сила України», БФ «Ветеранка», БФ «Після служби», БФ «Ти з нами», БФ «Veterans», БФ «Mindy foundation», БФ «МХП Поруч» та інші.

Підсумовуючи, в Україні попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів шляхом надавання екстреної психологічної допомоги через гарячі лінії та

психосоціальну підтримку, а також просвітницькою діяльністю, відбувається як через державні проєкти, так і через діяльність громадський сектор. Варто зауважити, що громадський сектор має більшу поширеність та досвід, а багато державних проєктів працюють в тестовому режимі станом на 2024 рік.

1.3 Попередження суїциду та суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в світі

США — країна, що має багаторічний досвід в попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів війни. Офіційним органом, що опікується справами ветеранів, є Міністерство у справах ветеранів США (United States Department of Veteran Affairs або VA). VA займається розробкою та впровадженням соціальних послуг для ветеранів, психосоціальною підтримкою, полегшенням реадaptaції та повернення в цивільне життя (з офіційного сайту Міністерства у справах ветеранів США). Офіційно в США діють два національних документи з попередження суїциду серед ветеранів — Національна стратегія з попередження ветеранських суїцидів, розроблена Міністерством у справах ветеранів (U.S. Ministry of Veteran Affairs, 2018) та Стратегія Білого дому зі зниження ветеранського суїциду, направлена на сферу громадського здоров'я (2019). Національна стратегія Міністерства у справах ветеранів направлена на 2018-2028 роки та ідентифікує попередження ветеранського суїциду як *головний клінічний пріоритет роботи*

Міністерства. Стратегія декларує 14 цілей з попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів та розділяє їх на 4 стратегічних напрямки: 1) здорові та наснажені ветерани, родини та громади; 2) клінічні та громадські превентивні послуги; 3) лікувальні послуги та послуги для підтримки; 4) спостереження, дослідження та оцінка.

Дослідники виявили високу ефективність впровадження певних аспектів Стратегії, зокрема, проєкту «Together With Veterans» (TWV), заснованого на роботі в громадах (community-based approach) та направлено на ветеранів, що проживають в сільських місцевостях, та мають вищий ризик вчинення суїциду в порівнянні з ветеранами-містянами (Dittrich et al., 2015). Так, за результатами дослідження, «...ветерани виявляли ентузіазм та лідерство в бажанні об'єднуватися та розвивати громаду, тому *підтримка та фасилітація локальних ветеранів-лідерів сприяє підвищенню обізнаності з попередженні суїцидів та підвищує суспільну проінформованість*» (Monteith, Wendleton, Bahraini, Matarazzo, Brimmer & Mohatt, 2020). Дослідники також наголошують на необхідності попередньої роботи в громаді зі стигматизації суїциду, для ефективного впровадження програм з попередження ветеранського суїциду в громадах (Monteith, Smith, Holliday, Dorsey Holliman, LoFaro & Mohatt, 2020).

Програма заснована на 4 принципах: 1) керовано ветеранами (veteran-driven); 2) спільно (collaborative), тобто передбачає активну залученість громади в роботі з попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів; 3) доказово (evidence-informed), тобто стратегії програми зі зниження суїцидів є науково доведеними; 4) громадоцентричність (community-centered), тобто програма основана на ресурсах та сильних сторонах громад (VA, 2023). Програма впроваджує такі практики, як: зменшення стигми та сприяння зверненню за (психологічною) допомогою; сприяння безпечному користуванню зброї; проведення тренінгів з попередження самогубств; поліпшення первинної ланки попередження самогубств; покращення доступу до якісної психологічної допомоги (Rural Health Information Hub, 2023).

Під керівництвом Міністерства у справах ветеранів було створено системи охорони здоров'я для ветеранів Veteran Health Administration (VHA), яка надає

медичні послуги, психологічну підтримку та соціальний супровід, проводить заходи та використовує стратегії з попередження суїцидальної поведінки. Система включає більш ніж 150 закладів охорони здоров'я та близько 780 центрів на базах громад (VA, 2024). Для застосування в VHA було розроблено національний стандартизований процес моделі моніторингу, оцінки та передбачення ризику суїцидальної серед військовослужбовців та ветеранів Recovery Engagement and Coordination for Health Veterans Enhanced Treatment (REACH VET) (McCarthy et al., 2015; VA, 2021). Модель розвивається та працює за допомогою машинного навчання (machine learning), та при надаванні оцінки враховує такі фактори, як демографічні дані, історія попередніх спроб суїциду, попередні діагнози, користування громадськими послугами для ветеранів та інше. Після висновки про високий ризик особи до суїцидальної поведінки, модель передає її дані до установ первинного медичного втручання, які запроваджують необхідні превентивні стратегії в роботі з особою (VA, 2021). Дослідження підтвердили, що «впровадження REACH VET було пов'язано з більшою залученістю до лікування, меншим відвідуванням відділень невідкладної допомоги, пов'язаними зі спробами самогубства». Таким чином, модель прогнозування схильності окремих військовослужбовців та ветеранів до суїцидальної поведінки, може бути ефективним інструментом в покращенні догляду та зниженні ризиків суїцидальності (McCarthy et al., 2021). Дослідники рекомендують іншим системам охорони здоров'я запроваджувати подібні моделі (Matarazzo et al., 2023).

Окрім цього, в США є кризова лінія 24/7 для підтримки ветеранів війни за номером 988, на якій працюють ветерани, що пройшли спеціальне навчання, а також було розроблено сайт лінії, який надає швидку інформації про наявні ресурси підтримки ветеранів за їх місцем знаходження. За час свого існування лінія обробила близько 7 мільйонів дзвінків, провела близько 940 000 чатів та дала близько 1,5 мільйони направлень до локальних ресурсів підтримки Міністерства у справах ветеранів (Veterans Crisis Line, 2024).

Також VA розробили онлайн-ресурс «Make The Connection», метою якого

є об'єднувати ветеранів та членів їх родин шляхом викладення особистих історій ветеранів: труднощів, з якими їм довелося зіштовхнутися, та шляхів їх подолання. Слоганом ресурсу є «Єднайся з історіями Допомоги та Надії». Користувачам сайту пропонується знайти історії, які можуть бути схожими на їх особистий досвід: труднощів з ментальним здоров'ям, поранень, непорозумінь в особистих стосунках, а також історії про те, як користування сервісами й психоедукативна інформація, а також інформація про доступні послуги ([Make The Connection, 2024](#)).

Підсумовуючи, США має великий досвід досліджень, розробки та впровадження програм та стратегій з попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів, серед яких створення декларативних документів, розробка системи охорони здоров'я серед ветеранів, впровадження ветеранської програми для роботи в громадах та розробка інноваційної моделі передбачення суїцидальної поведінки серед ветеранів.

Варто розглянути досвід Канади. Офіційним органом, що опікується ветеранською політикою та програмами з надавання послуг є Veterans Affairs. Орган діє під слоганом «Трубота, співчуття та повага» та є відповідальним за піклування, лікування та реінтеграцію в цивільне життя усіх, хто служив в Збройних Силах Канади (ЗСК), а також членів їх родин ([Government of Canada, 2017](#)).

Разом зі Збройними силами Канади було розроблено Національну стратегію з попередження суїцидів та Додаток до Національної стратегії з попередження суїцидів. Стратегія основана на 7 «Лініях зусиль» (lines of effort): комунікація, залучення та освіта; розбудова та підтримка резильєнтності членів ЗСК та ветеранів; об'єднання та посилення членів ЗСК та ветеранів через родини та громади; забезпечення вчасного доступу до ефективної охорони здоров'я та (психологічної) підтримки; просування добробуту членів ЗСК та ветеранів під час їх повернення до цивільного життя; дотримування протоколів, політик та процесів для кращого управління ризиками та стресом; постійне покращення шляхом досліджень, аналізу та впровадження кращих практик ([Canadian Armed Forces And Veterans Affairs Canada, 2017](#)). Додаток надає перелік запланованих програм та дій із забезпечення та реалізації Стратегії ([Canadian Armed Forces And Veterans Affairs Canada, 2017](#)).

Також в Канаді було створено клініки для військовослужбовців та ветеранів, та членів їх родин під назвою *operational stress injury clinics (OSI)*. Ці заклади надають повноцінну психосоціальну підтримку особам, що мають проблеми з ментальним здоров'ям, в тому числі ПТСР. На базах клінік є психіатри, психологи, психотерапевти, соціальні працівники, які разом працюють на спільну мету покращення якості життя їх клієнтів (Government of Canada, 2022). Варто зазначити, що соціальні працівники відіграють велику роль в підтримці клієнтів OSI. В їх обов'язки входить: проведення консультацій для окремих клієнтів, пар та сімей; робота в міждисциплінарній команді для розробки індивідуальних планів лікування; проведення груп підтримки; спілкування з ГО та постачальниками послуг; участь в академічній діяльності; сприяння дослідницьким ініціативам та збору даних; розробка та проведення навчання для окремих осіб, опікунів, сімей та персоналу клінік (Canadian Association of Social Workers, 2024).

Підсумовуючи, досвід Західних країн в попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів включає в себе розробки національних стратегій, впровадження науково доведених підходів та програм, а також велику кількість досліджень й науково-просвітницької діяльності, створення низки закладів охорони здоров'я, що спеціалізуються на психосоціальній підтримці ветеранів, військових та членів їх сімей. На відміну від США та Канади, в Україні станом на 2024 не розроблено Національної стратегії, але існують державні проекти в тестових режимах, більше орієнтовані на асистування ветеранів в поверненні до цивільного життя, а не в попередженні суїцидальної поведінки, а також працюють гарячі кризові лінії. Також, станом на 2024 рік роль громадського сектору в психосоціальній підтримці ветеранів війни може переважати роль державного сектору через більшу поширеність.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Час та місце проведення дослідження

Дослідження проводилось протягом лютого 2024 року-травня 2024 року в місті Києві на базі Школи соціальної роботи імені Володимира Полтавця Національного університету «Києво-Могилянська академія».

2.2 Етапи та процедура проведення дослідження

Перший етап дослідження тривав з лютого до березня 2024 року. Впродовж цього етапу було обрано тему дослідження та дизайн дослідження, сформовано вибірку. Було проаналізовано близько 60 джерел на тему дослідження, створено пла. Пошук джерел для створення огляду літератури проводився через пошукові системи Google, Google Scholar, бази даних Scopus, PubMed, SpringerLink, SagePub, портал Research Gate тощо. Збір посилань на джерела літератури зберігався в онлайн-сервісі Zotero. Пошук відбувався за ключовими словами veteran suicide, veteran PTSD, veteran reintegration, veteran PTSD treatment, barriers in veteran suicide prevention та іншими. Публікації повинні були відповідати таким критеріям, як: мовний критерій-англійська або українська мови, більша частина обраних публікацій були англomовними; загальнодоступність; наукова-доведеність, тобто публікація сформована на основі досліджень чи офіційних джерел; офіційність-деякі публікації були викладені від імен офіційних відомств, міністерств України чи інших країн; наукова новизна-перевага віддавалася публікаціям, які вийшли в світ не пізніше 2015 року з деякими виключеннями.

Другий етап дослідження тривав в квітні-травні 2024 року, під час цього етапу проводився збір інформації для дослідження: пошук потенційних респондентів для

дослідження, контактування з респондентами, проведення інтерв'ю в форматі онлайн-дзвінків, транскрибування та аналіз результатів. Транскрибування відбувалося за допомогою ресурсу Good tape, а кодування інформації було зроблено на сайті Taquette.

Третій етап дослідження в травні-червні 2024 року, під час якого були підбиті підсумки результатів інтерв'ю та сформовані висновки з проведеного дослідження.

2.3 Методи та інструменти дослідження

Для досягнення дослідницької мети було обрано якісний дизайн з форматом опитування у вигляді напівструктурованого інтерв'ю з підготовленим гайдом. Значна перевага методу полягає у тому, що дослідник може дотримуватись структури та контролювати тему спілкування, а респондент має можливість не тільки розкривати свій досвід, але й вільно ділитися особистими рефлексіями на тему дослідження. Це створює умови для того, щоб розмова була гнучкою та відповідала потребам обох сторін: дослідникові – зібрати ті дані, що є найбільш цінними для дослідження; респондентові – знизити рівень стресу викликаний обмеженнями. Це актуально для нашого дослідження, оскільки респонденти мають різний досвід та стаж, не всі зіштовхувалися з випадками суїцидальної поведінки напряду.

У рамках дослідження було проведено 12 напівструктурованих інтерв'ю. В результати дослідження увійшло 11 інтерв'ю через технічні проблеми та погану якість запису одного з інтерв'ю та неможливість зробити його транскрипцію. Інтерв'ю починалися зі вступного слова, озвучення проінформованої згоди учасника інтерв'ю, встановлення рапорту. Далі інтерв'ю проводилися за розробленими гайдами, розділеними на логічні блоки: блок основної інформації про респондента (вік, професія, стаж), блок професійного досвіду респондента (з якими запитамі приходять ветерани, чи були клієнти з суїцидальними думками, намірами чи спробами, чи були випадки завершених суїцидів в респондентів чи їх колег), блок

рефлексій респондента щодо теми (до яких викликів готуватися суспільству після масового повернення ветеранів до цивільного життя, чого нам зараз не вистачає для попередження суїцидальної поведінки ветеранів. Інструмент проведення дослідження можна знайти в розділі «Додатки» в кінці дослідження.

2.4 Характеристики вибірки дослідження

Взяти участь у дослідженні було запропоновано близько 18 потенційним респондентами, але через високу завантаженість погодилися на інтерв'ю 11 осіб. Багато потенційних респондентів відмовлялися від участі, бо вважали, що їх досвід не є релевантним до теми дослідження.

Пошук учасників дослідження проводився за допомогою соціальних мереж Facebook та телеграм, в професійних групах, каналах, чатах та методом снігової кулі.

Характеристика вибірки: фахівці та фахівчині з надання психологічної допомоги ветеранам та ветеранкам війни, серед яких: клінічні психологи, що працюють в закладах охорони здоров'я, психологи-волонтери, психологи, що працюють у форматі «рівний-рівному», старша фахівчиня з психічного здоров'я в ветеранському просторі, фахівчиня кризової лінії для ветеранів. Варто зазначити, що більшістю респондентів були жінки, однак, чоловіками були фахівці, що працюють у форматі «рівний-рівному», також двоє фахівчинь виявилися дружинами ветеранів.

Вибірка не є репрезентативною, а особисті думки респондентів можуть не відображати поточну ситуацію, зокрема через те, що ситуація знаходиться в динаміці.

Таблиця 2.4.1

Загальна характеристика респондентів

N	Місто	Вік	Професія	Стать
---	-------	-----	----------	-------

1	Київ	43	Клінічна психологиня	Жінка
2	Київ	40	Клінічна психологиня в закладі охорони здоров'я	Жінка
3	Вінниця Київ	41	Психологиня	Жінка
4	Київ	31	Старша фахівчиня з психічного здоров'я в ветеранському просторі, психологиня	Жінка
5	Тернопіль	44	Клінічна психологиня в відділі відновленого лікування	Жінка
6	Київ	35	Психологиня у ветеранському фонді	Жінка
7	Київ	37	Психолог, що працює в форматі «рівний-рівному», колишній фахівець гарячої лінії з превенції самогубств для ветеранів	Чоловік
8	Київ	22	Менеджерка підтримки мобільного офісу ветеранського простору	Жінка
9	Київ	40 років	Клінічна психологиня, травмотерапевтка в ветеранському просторі	Жінка
10	Київ	37	Клінічна психологиня, фахівчиня гарячої лінії психологічної підтримки для ветеранів благодійного фонду	Жінка
11	Кривий Ріг	45	Психолог, що працює в форматі «рівний-рівному»	Чоловік

2.5 Етичні засади проведення дослідження

Дослідження проводилося з дотриманням дослідницької етики, респондентам було роз'яснено процедуру та гарантовано захист даних.

Першим обмеженням дослідження стала висока сенситивність теми—тема суїциду є табуваною та стигматизованою в суспільстві, а під час військового стану актуальні дані про суїцид серед ветеранів не є публічними через потребу підтримки морального духу населення. Саме етичний аспект дослідження став бар'єром для проведення опитування серед самих ветеранів, для яких розмови на цю тему можуть стати тригерними, тому частину вибірки склали психологи з ветеранським досвідом.

Другим обмеженням стали труднощі з пошуком респондентів: багато потенційних відмовлялися від участі через високу зайнятість або думку щодо нерелевантності свого професійного досвіду до теми дослідження.

2.5. Концептуалізація понять

Бар'єри-будь-яких перешкоди або фактори, що заважають досягненню певної мети або процесу. Бар'єри можуть бути фізичними, соціальними, культурними, психологічними або економічними (Amoah et al., 2019).

Ветерани війни-особи, які брали участь в захисті Батьківщини чи в бойових діях на територіях інших держав. До ветеранів війни належать учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасники війни (Закон України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту").

Військовослужбовець- громадянин, який проходить військову службу у збройних силах або інших військових формуваннях, створених відповідно до законодавства (Енциклопедія сучасної України).

Посттравматичний стресовий розлад-хронічне порушення психічного стану, що може розвиватися після травматичної події (Міністерство охорони здоров'я України, 2019).

Психосоціальна підтримка-це комплекс дій та заходів, спрямованих на забезпечення психологічного добробуту та соціальної інтеграції індивідів та спільнот, особливо тих, хто зазнав травматичних подій, конфліктів чи інших кризових ситуацій. Вона включає емоційну підтримку, розвиток навичок подолання стресу, відновлення соціальних зв'язків та сприяння адаптації до змін (Міжнародна організація з міграції, 2019).

Суїцидальна поведінка-будь які дії особи, які націлені на закінчення її власного життя (*Matthew K. Nock, Guilherme Borges, Evelyn J. Bromet, Christine B. Cha, Ronald C. Kessler, and Sing Lee, 2008*).

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ СУЇЦИАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

3.1. Чинники суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в Україну

Дослідники (Schafer et al., 2022) визначають, що деякі ветерани мають більший ризик до вчинення суїцидальної поведінки, ніж інші. Головними ризик факторами названо травми мозку, ПТСР, залежності, депресивні симптоми, попередні спроби суїциду.

Респонденти дослідження згадували такі ризик-фактори, як індивідуальні риси людини, історія дитинства та стосунків в родині, інтенсивність психологічної травми, отриманої на військовій службі та наявність попередніх ментальних захворювань:

«Якщо людина була добре адаптована в своєму попередньому житті до служби, то вона досить швидко попадає в цей шлях реадаптації. Якщо нічого не було доброго в старому житті по службі, якщо не було добрих стосунків в родині, то тоді, власне, це є ґрунтом до того всього, що ми бачимо як розвиток ПТСР» (Р. 4)

«Чи, до прикладу, самогубство колись в анамнезі родин, колись була людина при виникненні в неї в житті у такій важкій ситуації, вона приходить до тієї ж самої стратегії, до якої прийшов, до прикладу, батько, коли зіткнувся з важкими ситуаціями в житті, він пішов і я піду...» (Р.7)

«Але якісь такі випадки, що там хтось помер на руках його, чи щось таке відбулося, що він не зміг цьому зарадити, чи ще щось, або несправедливість від своїх же, то воно буває, що травмує набагато гірше, ніж, як вони кажуть, виконання роботи» (Р.1)

«До прикладу, щось пішло не так і хтось загинув, ймовірно, через твою помилку. Самозвинувачення ускладнює перебіг будь-яких розладів» (Р.7)

Також було згадано, що самотність, яка передувала початку військової служби, може стати серйозним чинником суїцидальної поведінки після повернення додому:

«Це соціальна ізоляція, тобто ветерани, яких вдома ніхто не чекає, в яких немає близьких, друзів, хто б їх підтримав, і накладається емоційний стан ветерана на відсутність комунікації» (Р.9).

Повернення до цивільного життя є важким та важливим викликом в житті ветерана (Pease, Billera&Gerard, 2015). Респонденти зазначали, що ветеранський досвід-особливий досвід, який часто змінює особистість та світогляд, цінності людини, що створює труднощі в спілкуванні з родиною та суспільством й нерозуміння з боку оточення, що підсилюється через труднощі з управлінням емоціями:

«Тобто ветерану потрібно хоча б десь пів року на адаптацію, на те, щоб якось адаптуватися до цивільного життя. Поки що він досить так запрограмований ще на війну, тому що є проблеми зі сном, проблеми з комунікацією, проблеми з агресією» (Р. 8)

«Найбільшого це, як на мене, то є ніби як нерозуміння. Ніби нерозуміння суспільства, нерозуміння близьких поведінки» (Р.7)

«Ми ж їх чекаємо, що вони придуть такі самі, знаєте, але вони там дуже змінюються, змінюється і характер, змінюються... Дуже часто особистість людини, особливо, якщо людина вже довше часу там на передовій» (Р.1)

«Тому що, на жаль, наше суспільство абсолютно не готове до того, що ветерани придуть, до того, що вони зовсім інші, знаєте, ніж були на війні» (Р.3)

«І ось цей дисонанс між сприйняттям дійсності, між військовими та цивільними, він важкий для сприйняття. І в цьому місті важко себе знайти ветеранам і діючим військовослужбовцям.» (Р.5)

Всі респонденти зазначали, що проблеми в стосунках в родині ветеранів є поширеним явищем та значним чинником суїцидальної поведінки. Кілька респондентів наводили приклади суїцидальних спроб або закінчених суїцидів серед своїх клієнтів після того, як їх дружини розлучилися з ними, а одна респондентка з власного досвіду поділилася, що стосунки з її чоловіком-ветераном опинилися в кризовому стані.

«Він так тримався за свою родину, за свою дружину та доньку. От, але напевне для нього стало ударом те, що дружина подала на розлучення їх» (Р.8)

«У нього були складні стосунки з дружиною, вона пішла до іншого і він там за це дуже переживав і казав, що я щось там собі зроблю. І потім ми вже працювали з ним і він її побачив з іншим і прийшов і вдома напився пігулок» (Р.1)

«При тому, що я психолог, і я вже якось там, ну, шукала якісь підходи до нього, і так, і так, і то мені здавалося, що за цей рік, ну, що рази чотири ми розведемося, але це при тому, що я дуже навчена, там, все знаю, ну, там, терпляче до цього ставилася» (Р.1)

«Я був якийсь, мої стосунки були якісь, моя партнерка була якась, я змінився, партнерка змінилася, і це, по суті, треба будувати нові стосунки в умовах низької кількості ресурсів, які є» (Р.7)

«Родичі приймають ветерана назад в сім'ю, в цивільне життя, коли ветеран повертається з фронту. Це вибудова стосунків по-новому» (Р.6)

«Стосунки на відстані не витримують відстані. Дружини виїжджають за кордон, влаштовують своє життя, чоловіки воюють» (Р.10)

Респондент з ветеранським досвідом зазначив, що необхідність виживання в умовах «свої-чужі» може розділяти ветерана з родиною, яка, на думку ветерана, не ділить з ним його досвід, а тому може бути занесена в категорію «чужих»:

«За колом можуть опинитися не тільки вороги. Та може навіть іноді за колом можуть опинитися рідні. Якись. Які не розуміють, що ти пережив. Це такий собі негативний, можливо, деякий негативний наслідок. Досить позитивного, досить хорошого механізму, який колись тобі врятував життя» (Р.7)

Кілька респондентів зазначили, що чинником суїцидальної поведінки можуть стати наслідки важких поранень, отриманих на фронті, що призводять до інвалідності та хронічного болю:

«Що розумієте, якщо людина ще більш-менш здорова, здатна себе обходити, то вона може переключитися на щось, чим себе зайняти. А коли людина має постійний біль і якісь взагалі розмиті перспективи майбутнього, то вона не має за що як зачепитися» (Р.1)

«І ці фізичні болі не можуть зняти ні знеболювані препарати, ні якісь там ті, ні таблеточки, ні сиропчики, якщо в людини постійно болить чи рука, чи нога, то, звичайно, що людина, знаєте, втрачає віру в життя і не має бажання продовжувати жити» (Р.5)

«Хто поранені, коли там, умовно, немає руки, немає ноги, або ще якісь тяжкі враження, коли виходить дружина, і коли це накладається одним на друге, на третє і так далі» (Р.11)

Підсумовуючи, визначено такі основні чинники суїцидальної поведінки серед ветеранів, як: травматичні події під час військової служби; індивідуальна схильність

до суїцидальної поведінки, пов'язана з історією дитинства та стосунків в родині й індивідуальних рис особистості; нерозуміння оточенням й родиною змін, що відбулися з ветеранами під час проходження військової служби; проблеми з стосунками в родині та розлучення; соціальна ізоляція; важкі поранення, що призводять до отримання статусу людини з інвалідністю та хронічний біль.

3.2. Бар'єри в попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в Україні

Найбільш поширеним бар'єром, про який згадували респонденти опитування стала стигматизація психічних захворювань та звернення за психологічною допомогою, а також схильність багатьох ветеранів до самозаспокоєння за допомогою алкоголю чи наркотичних речовин:

«Ми маємо загальну стигматизацію в суспільстві. Я не піду, бо я не хворий. Тому я не хочу про це говорити. Воно само відвалиться. Я бухну. Нічого такого зі мною не відбувається. Я краще не буду про це думати» (Р.3)

«У нас в країні ще не дуже розвинута ця практика звернення до психологів. Тому деякі вважають, що можуть справитися своїми силами за допомогою різних речовин, наприклад, алкоголю чи ще якихось хімічних речовин» (Р.6)

«Також якісь стереотипні штуки, які є в нашому соціокультурному середовищі. Але витoki якого течуть ще з кал'ній психіатрії, з радянських часів. Мовляв, якщо ти звертаєшся до психолога, то ти всіх, і взагалі це точно, можливо, там і роботу не знайдеш нормально, якщо хтось про це зізнається» (Р.7)

«Найчастіше це скептичне ставлення до психологів як таких. Тобто, а що ви можете мені допомогти?» (Р.9)

Респонденти зазначали, що часто стигма щодо звернення за психологічною допомогою накладається на гендерні стереотипи.

«Ну, бо в нашій культурі немає такої звички звертатися до психологів, плюс вони вважають, що вони не слабкі, вони чоловіки, вони сильні. Психологи – це взагалі щось непотрібне» (Р.11)

«Це від, наприклад, до чого може призвести героїзація. Від зайвої, токсичної, можливо, якоїсь маскуліності...

...Що ніби хлопчики прийшли, мовляв, сидь, сидь, красиві, все виходить. А хто я такий, якщо в мене не виходить?» (Р.7)

Було зазначено, що іноді ветерани не ознайомлені з доступними ресурсами підтримки й не знають, до кого можуть звернутися:

«Коли навіть хоче звернутися, але не знає куди, не має контактів, не бачить» (Р.9)

Також було згадано про брак інформації для фахівців, які хочуть надавати психологічну допомогу ветеранам, про способи запобігання суїцидальної поведінки, відсутність доступу до стандартизованих протоколів і т.д.:

«Були психологи сьогодні у нас, які говорили, що, ну, ми мали такі випадки, але ми діяли інтуїтивно, от як нам здається, ну, когось навчили, тому повезло. Когось не навчили, по інтуїції, як він взаманеться. І не факт, що завжди правильно» (Р.1)

Респондентка, що проводить тренінги з попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів для психологів, розповіла про брак фінансування та підтримки з боку держави:

«У нас такий гарний тренінг є, а фінансування на нього нема. От ми його проводимо безкоштовно. То, ну, якби такі програми впроваджувалися, то є чому навчати, є що розповідати. Але, наприклад, от якоїсь державної підтримки в цьому немає, ну, можна сказати, що ми це на своєму ентузіазмі робимо» (Р.1)

Респондент з ветеранським досвідом зазначив, що викликом стають складні бюрократичні процеси під час отримання доступу до пільг та послуг, з якими доводиться зустрічатися ветеранам після звільнення з військової служби, через що мотивація ветеранів користування соціальними послугами знижується:

«Це наслідки чорнобілого мислення. Коли світ спрощується дуже. До дуже простого мислення. Ось при поверненні у людей може спостерігатися спротив до складностей....Я прийшов до цього чиновника, і він мені щось таке натрусив. Типу, я поняття не маю, що він мені щось не таке наварив. Типу, я... Я туди більше не прийду» (Р.7)

Отже, основними бар'єрами в попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів визначено стигматизацію психічних захворювань та відсутність культури піклування про психічне здоров'я та звернення до психолога; вплив гендерних стереотипів; недостаток інформації для психологів щодо попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів та протоколів роботи; брак державної підтримки та фінансування освітніх ініціатив з попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів для психологів; необхідність проходження складних бюрократичних процедур в процесі отримання ветеранських пільг та державних послуг, що знижують бажання ветеранів звертатися за цими послугами.

3.3. Основні способи подолання суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в Україні

Деякі респонденти зазначали, що подолання суїцидальної поведінки серед ветеранів повинно починатися ще на етапі військової служби з діяльності військових психологів та командирів, направленої на психоедукацію та підтримку:

«Насправді початком цього всього іде ще... На самій службі, на самих цих бойових завданнях. І, можливо, якраз просвітницька діяльність командирів або вищестоящих, можна так сказати, людей, які саме працюють із воїнами, які знаходяться в одному і тому ж середовищі» (P.8)

«Тому це мали б виконати безпосередні командири. Бачити і якимось на це повпливати. Якщо б була б можливість психолога впливати, ну то звісно, це був би тільки позитивний вплив» (P.11)

Було згадано про необхідність створення єдиної дорожньої карти для ветерана щодо отримання послуг та інформації щодо доступних послуг паралельно зі звільненням з військової служби:

«На момент виходу повинна бути дорожня карта, куди і як він може звертатися для того, щоб він не був покинутий. Бо в нас демобілізована людина, а це людина, яка, як обмовно кажучи, може бути свободною» (P.3)

«Системна робота державних служб має бути. Тобто коли списується ветеран, повертається до цивільного життя, то має державна служба надати перелік установ, організацій, контактів, де він може пройти фізичну реабілітацію, психологічну реабілітацію» (P.9)

Більшість респондентів зазначали необхідність просвітницької роботи з цивільним суспільством щодо розуміння ветеранського досвіду, поведінки й комунікації з ветеранами

«Я не знаю, як реально це можна, але маленькими кроками кожен в своєму оточенні має розповідати, має навчати, має показувати своїм прикладом, наскільки ми можемо бути толерантні, терпимі до людей, з видами випоранення до людей, з особливим досвідом і так далі» (Р.9)

«Можливо, якоїсь інформованості, можливо, якогось такого соціального, ну, скажімо, ну, хай це буде сказано як реклама, так? Обізнаність, ось, суспільна обізнаність. Тобто, там, умовно, на всяких білботах, в метро, я не знаю» (Р.2)

«Це про налагодження певної системи, яка би сприяла цій адаптації, починаючи з державних наративів і державної програми комунікації, після того має бути якась пронормальність ветеранського досвіду, про загальні програми спілкування з ветеранами, скажемо так, на різних рівнях» (Р.3)

Було зазначено про необхідність просвітницької роботи з сім'ями ветеранів задля покращення комунікації та стосунків в родині:

«Якщо навчити родини, як підтримати після поранення, як допомогти йому справитися з емоційністю, то це набагато знижує ризики. Тому підтримка родин – це найбільше, що ми можемо дати. От родини ветеранів – те, що можуть дати» (Р.9)

Неодноразово згадувалося про необхідність дестигматизації психічних захворювань в суспільстві через масову культуру та медіа, наприклад, шляхом поширення історій ветеранів, що мали позитивні зміни в житті після звернення за психологічною допомогою:

«Ну, тут знову ж таки, бачите, треба працювати з суспільством, щоб суспільство розуміло, щоб суспільство це приймало і що, в першу чергу, рідні ветеранів розуміли, що звернутися до психолога, це не означає вже там, знаєте, пожити людину в психіатричну лікарню, десь там під замки» (Р.5)

«Інфопростір має бути насичений культурою звернень до психологів і психотерапевтів» (Р. 10)

«Також дивитися певні такі подкасти стосовно того. Там багато зараз хто записує на Ютубі з ветеранами або з психологами. І просто от якраз бути в такому контексті» (Р.8)

Під час опитування респонденти згадували необхідність просвітницької роботи з роботодавцями та робочим колективом щодо розуміння ветеранів та комунікації з ними:

«Важливо, щоб колектив і керівництво розуміло потреби ветеранів та проводило роботу зі своїми співробітниками про те, що це не лише задача ветерана реінтегруватися в цивільне життя, а й задача цивільних допомогти ветерану» (Р.6)

Також було зазначено про позитивний вплив надання ветеранських грантів на підприємницьку діяльність

«В мене з таких класних кейсів було те, що ветеран звернувся стосовно грантових можливостей. Він пройшов відбір, ми з ним зв'язувались. Я питаюсь, що там, як? Він каже, боже, там було так багато людей, там такі були цікаві проекти. Блін, я точно не прийду. І я через певний час з ним зв'язуюсь і він каже, а я виграв» (Р.8)

Варто зауважити, що багато респондентів казали про необхідність створення ветеранських спільнот та розвитку формату роботи «рівний-рівному» та оцінювали цей формат як високоефективний та корисний для ветеранів:

«Тобто кожному ветерану найбільш комфортно спілкуватися і мати підтримку у колі своїх, тобто у колі побратимів. Ось це важливий аспект, який допомагає.

Тобто допомагає освоїтися ветераном в цивільному житті за допомогою підтримки своїх побратимів» (Р.6)

«Психосоціальна підтримка від таких самих людей, ветеранів, які воювали. Що в нас конфлікт вжде досить довго, там, 10 років в нас вже. І...Вже є ветерани, які могли би зайняти цей місяць. По психосоціальній адаптації» (Р.7)

«Ну от я провожу групи підтримки групи «рівний-рівному». Це ідеальний варіант. Люди, які тудя ходять, ну, як правило, ну по моїм спостереженням, достатньо багато знаходять для себе сенсів...

...І ці групи дуже-дуже позитивно впливають на мотивацію жити» (Р.11)

На основі отриманої інформації, було визначено такі основні способи подолання суїцидальної поведінки серед ветеранів російського повномасштабного вторгнення рф в Україні, як просвітницька діяльність та тренування для командирів військових бригад; просвітницька робота з суспільством та сім'ями ветеранів щодо розуміння ветеранського досвіду та комунікації; дестигматизація психічних захворювань в суспільстві через масову культуру, медіа та шляхом поширення успішних історій ветеранів, що отримали психологічну допомогу; просвітницька робота з роботодавцями та робочими колективами, надавання грантів на ветеранське підприємництво; створення ветеранських просторів та поширення й популяризація формату роботи «рівний-рівному», навчання ветеранів для надавання підтримки іншим ветеранам.

ВИСНОВКИ

- 1) Ветерани війни представляють категорію населення з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки, що вимагає додаткових заходів для її попередження, а також розвитку соціальних послуг та психосоціальної підтримки для цієї групи.
- 2) Успішний досвід розробки політик, стратегій та підходів для попередження суїцидальної поведінки демонструють такі країни, як США та Канада. США і Канада мають офіційно діючі національні стратегії з попередження та зниження суїцидів серед ветеранів. У США також існують програми, орієнтовані на позаміські громади, а в Канаді впроваджено широку мережу клінік психосоціальної підтримки ветеранів та їхніх родин. На відміну від цих країн, український досвід у попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів більше орієнтований на громадські організації, і в Україні відсутня офіційна стратегія з попередження та зниження ветеранських суїцидів.
- 3) Основними чинниками суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україні є: травматичні події, пережиті під час військової служби; індивідуальна схильність до суїцидальної поведінки, обумовлена історією дитинства, сімейними стосунками та особистісними рисами; нерозуміння оточенням і родиною змін, що відбулися з ветеранами під час військової служби; проблеми у сімейних стосунках та розлучення; соціальна ізоляція; важкі поранення, що призводять до інвалідності, та хронічний біль.
- 4) Основними бар'єрами в попередженні суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення РФ в Україну є стигматизація психічних захворювань та недостатня культура турботи про психічне здоров'я й звернення до психолога; вплив гендерних стереотипів; брак інформації для психологів щодо профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів і професійних робочих протоколів; недостаток державної підтримки та фінансування освітніх ініціатив з профілактики суїцидальної поведінки серед ветеранів для психологів; необхідність проходження складних бюрократичних процедур для отримання ветеранських пільг та державних послуг, що знижує мотивацію ветеранів звертатися за цими послугами.

5) Основні підходи до подолання суїцидальної поведінки серед ветеранів російського повномасштабного вторгнення РФ в Україні включають: психоедукаційну діяльність і тренування для командирів військових підрозділів; просвітницьку роботу з суспільством і сім'ями ветеранів для підвищення розуміння ветеранського досвіду і поліпшення комунікації; дестигматизацію психічних захворювань у суспільстві через масову культуру, медіа і поширення успішних історій ветеранів, які отримали психологічну допомогу; освітню роботу з роботодавцями і робочими колективами, а також надання грантів на підтримку ветеранського підприємництва; створення ветеранських центрів і популяризацію формату «рівний-рівному», навчання ветеранів для надання підтримки іншим ветеранам.

ДОДАТКИ

Поінформована згода учасника інтерв'ю

Добрий день! Мене звати Софія Ільчук, я-студентка 4 року навчання бакалаврської програми “Соціальна робота” Національного університету “Києво-Могилянська академія”.

Я працюю над кваліфікаційною бакалаврською роботою та проводжу дослідження за темою “Попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів війни в Україні”. Мета мого дослідження-за допомогою досвіду та рефлексії фахівців, що надають психологічну підтримку ветеранам війни, розкрити основні аспекти попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів повномасштабного вторгнення рф в Україні.

Інтерв'ю триватиме близько 20 хвилин. Я буду просити вас надавати відкриті відповіді, ділитися як своїми професійними знаннями, так і особистими думками. Якщо ви не захочете відповідати на певні питання, ви вільні відмовитися. За бажанням ви можете припинити інтерв'ю в будь-який момент без пояснення причини.

Я записую наше інтерв'ю за вашої згоди. Запис необхідний для транскрипції та аналізу результатів інтерв'ю. Записи зберігатимуться на захищеному електронному носії, а доступ до них буде лише у мене та в моєї наукової керівниці.

Дослідження є незалежним та не фінансується зовнішніми донорами.

За вашим бажанням я можу поділитися з вами результатами дослідження, коли воно буде готове.

ІНСТРУМЕНТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гайд

Блок основна інформація про респондента

Скільки вам років? Яка ваша професія? Скільки років працюєте в цій галузі? Яку посаду зараз обіймаєте?

Блок професійного досвіду респондента

З якими запитамі до вас приходять клієнт_ки? Чи були у вас клієнт_ки із суїцидальними намірами? Чи були випадки завершених суїцидів серед ветеран_ок війни у вашій професійній практиці або практиці ваших колег? Що може стати чинником суїцидальних намірів для ветерана? Які бар'єри є у ветеран_ок щодо звернення за психологічною допомогою? Що заважає ефективно попереджувати ветеранський суїцид? Що, на вашу думку, допомогло б ветеран_кам легше та ефективніше пройти реінтеграцію в цивільне життя після військової служби?

Блок рефлексія рецензент_ки

Що цивільне суспільство може зробити, щоб підготуватися до повернення ветеран_ок до цивільного життя та полегшити їх реінтеграцію? Чого нам зараз не вистачає, щоб ефективно проводити профілактику суїцидів серед ветеран_ок? Які

методи попередження суїцидальної поведінки серед ветеранів можуть бути ефективними?

Таблиця 2.4.1

Загальна характеристика респондентів

N	Місто	Вік	Професія	Стать
1	Київ	43	Клінічна психологиня	Жінка
2	Київ	40	Клінічна психологиня в закладі охорони здоров'я	Жінка
3	Вінниця	41	Психологиня	Жінка
4	Київ	31	Старша фахівчиня з психічного здоров'я в ветеранському просторі, психологиня	Жінка
5	Тернопіль	44	Клінічна психологиня в відділі відновленого лікування	Жінка
6	Київ	35	Психологиня у ветеранському фонді	Жінка
7	Київ	37	Психолог, що працює в форматі «рівний-рівному», колишній фахівець гарячої лінії з превенції самогубств для ветеранів	Чоловік
8	Київ	22	Менеджерка підтримки мобільного офісу ветеранського простору	Жінка
9	Київ	40 років	Клінічна психологиня, травмотерапевтка в ветеранському просторі	Жінка
10	Київ	37	Клінічна психологиня, фахівчиня гарячої лінії психологічної підтримки для ветеранів благодійного фонду	Жінка

11	Рівне	45	Психолог, що працює в форматі «рівний-рівному»	Чоловік
----	-------	----	--	---------

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. База-психологічна самодопомога для ветеранів та ветеранок, 2024. [online] Офіційна сторінка в Facebook. Доступ: https://www.facebook.com/bazaukraineapp?locale=uk_UA
2. Cedos. Соціальні послуги для ветеранів та ветеранок у громадах: виклики та потреби, 2024. Доступ: <https://cedos.org.ua/researches/soczialni-poslugy-dlya-veteraniv-ta-veteranok-u-gromadah-vyklyky-ta-potreby/>
3. СЕТА в Україні, 2024.[online] Доступ: <http://www.ceta.org.ua/>
4. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», 2024. [online] Доступ: <https://howareu.com/>
5. Громадська Організація «Ресурсний центр «Лісова поляна», 2024. [online] Доступ: <https://go-lisova-polyana.webflow.io/#about>
6. Е-Ветеран. Заявка на участь у проєкті «Помічник ветерана», 2024. [online] Доступ: <https://eveteran.gov.ua/services/pomichnik-veterana>
7. Закон України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019. [online]Доступ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
8. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту та пільги» від 04.04.2024. [online] Доступ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>
9. Міністерство соціальної політики України. Сорок вісім нових центрів Життєстійкості відкрилися по всій Україні та приймають відвідувачів, 2024. [online] Доступ: <https://www.msp.gov.ua/news/23700.html>

10. Постанова Кабінету Міністрів України «Про реалізацію експериментального проекту із запровадження комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості» від 3 жовтня 2023 року. [online] Доступ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1049-2023-%D0%BF#Text>
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2024 року «Про організацію діяльності та забезпечення функціонування центрів життєстійкості». [online] Доступ: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/83-2024-%D0%BF#Text>
12. Український ветеранський фонд Міністерства ветеранів, 2024. [online] Доступ: <https://veteranfund.com.ua>
13. Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ, 2024. [online] Доступ: <https://www.lisovapoliana.com.ua/>
14. Шпортун, Оксана Миколаївна, and Зоряна Степанівна Савчук. *ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПРОЯВАМИ ПТСР*. 2024, <https://docs.academia.vn.ua/handle/123456789/1542>.
15. Abramson, Lyn Y., et al. “The Hopelessness Theory of Suicidality.” *Suicide Science*, Kluwer
16. Amoah, V.M.K., Anokye, R., Boakye, D.S. *et al.* A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nurs* **18**, 4 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
17. Academic Publishers, 2002, pp. 17–32, https://doi.org/10.1007/0-306-47233-3_3.
18. Academy of Labour, Social Relations and Tourism, et al. “Analysing Social Needs of the Ukrainian Ex-Combatants: Looking on The Lived Experience.” *Path of Science*, vol. 7, no. 6, June 2021, pp. 3001–11, <https://doi.org/10.22178/pos.71-4>.
19. Amdur, Deborah, et al. “VA Integrated Post-Combat Care: A Systemic Approach to Caring for Returning Combat Veterans.” *Social Work in Health Care*, vol. 50, no. 7, Aug. 2011, pp. 564–75, <https://doi.org/10.1080/00981389.2011.554275>.
20. American Public Health Association. Removing barriers to mental health services for veterans, 2014. Доступ: www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2015/01/28/14/51/removing-barriers-to-mental-health-services-for-veterans.

21. Asmundson, Gordon J. G., et al. "A Meta-Analytic Review of Cognitive Processing Therapy for Adults with Posttraumatic Stress Disorder." *Cognitive Behaviour Therapy*, vol. 48, no. 1, Jan. 2019, pp. 1–14, <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>.
22. Bachmann, Silke. "Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, no. 7, July 2018, p. 1425, <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>.
23. Bagalman, Erin. "Health Care For Veterans: Suicide prevention." *Congressional Research Service*, Feb. 2016. Access: <https://ecommons.cornell.edu/server/api/core/bitstreams/f98a42d9-35c1-44b3-93eb-b9959f0829a1/content>
24. Bahraini, Nazanin H., et al. "Protocol: Examining the Effectiveness of an Adaptive Implementation Intervention to Improve Uptake of the VA Suicide Risk Identification Strategy: A Sequential Multiple Assignment Randomized Trial." *Implementation Science*, vol. 15, no. 1, 2020, p. 58, <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01019-6>.
25. Bertolote, /José Manoel, and Alexandra Fleischmann. "A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide." *Suicidologi*, vol. 7, no. 2, June 2015, <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2330>.
26. Boscarino, Joseph A., et al. "Mental Health Disorders and Treatment Seeking Among Veterans in Non-VA Facilities: Results and Implications from the Veterans' Health Study." *Military Behavioral Health*, vol. 3, no. 4, Oct. 2015, pp. 244–54, <https://doi.org/10.1080/21635781.2015.1077179>.
27. Canadian Association of Social Workers. Social Work and Treatment of Operational Stress Injuries, 2024. [online] Access: <https://www.casw-acts.ca/en/social-work-and-treatment-operational-stress-injuries>

28. Cavanagh, J. T. O., et al. “Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review.” *Psychological Medicine*, vol. 33, no. 3, 2003, pp. 395–405, <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>.
29. Cleare, Seonaid, et al. “Using the Integrated Motivational-Volitional (IMV) Model of Suicidal Behaviour to Differentiate Those with and without Suicidal Intent in Hospital Treated Self-Harm.” *Preventive Medicine*, vol. 152, 2021, p. 106592, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106592>.
30. Davison, Kenneth. “Historical Aspects of Mood Disorders.” *Psychiatry*, vol. 5, no. 4, 2006, pp. 115–18, <https://doi.org/10.1383/psyt.2006.5.4.115>.
31. Dittrich, Kristina A., et al. “A Population-Based Cross-Sectional Study Comparing Depression and Health Service Deficits Between Rural and Nonrural U.S. Military Veterans.” *Military Medicine*, vol. 180, no. 4, 2015, pp. 428–35, <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00101>.
32. Goodson, Jason T., et al. “Outcomes of Prolonged Exposure Therapy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder.” *Journal of Traumatic Stress*, vol. 26, no. 4, 2013, pp. 419–25, <https://doi.org/10.1002/jts.21830>.
33. Government of Canada. Canadian Armed Forces and Veterans Affairs Canada. Joint Suicide Prevention Strategy, 2017. [online] Access: <https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2017/caf-vac-joint-suicide->
34. Government of Canada. Canadian Armed Forces and Veterans Affairs Canada. Joint Suicide Prevention Strategy. Annex, 2017. [online] Access: <https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2017/caf-vac-joint-suicide-prevention-strategy-annex.pdf>
35. Government of Canada. OSI Clinics, 2022. [online] Access: <https://veterans.gc.ca/en/mental-and-physical-health/mental-health-and-wellness/assessment-and-treatment/osi-clinics#01>

36. Government of Canada. Welcome to Veterans Affairs Canada, 2024. [online] Access: <https://www.veterans.gc.ca/en>
37. Gray, Richard M., and Frank Bourke. “Remediation of Intrusive Symptoms of PTSD in Fewer than Five Sessions: A 30-Person Pre-Pilot Study of the RTM Protocol.” *Journal of Military, Veteran and Family Health*, vol. 1, no. 2, 2015, pp. 13–20, <https://doi.org/10.3138/jmvfh.2996>.
38. Gray, Richard M., et al. “An Open-Label, Randomized Controlled Trial of the Reconsolidation of Traumatic Memories Protocol (RTM) in Military Women.” *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 13, no. 6, 2021, pp. 641–51, <https://doi.org/10.1037/tra0000986>.
39. Gray, Richard. *THE RECONSOLIDATION OF TRAUMATIC MEMORIES (RTM) PROTOCOL FOR PTSD: A TREATMENT THAT WORKS*. 2022, pp. 296–300, <https://doi.org/10.36315/2022inpact068>.
40. Harmer, Bonnie, et al. “Suicidal Ideation.” *StatPearls*, StatPearls Publishing, 2024, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>.
41. Inoue, Catarina, et al. “Veteran and Military Mental Health Issues.” *StatPearls*, StatPearls Publishing, 2024, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092/>.
42. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
43. Kearney, Lisa K., et al. “Critical Foundations for Implementing the VA’s Public Health Approach to Suicide Prevention.” *Psychiatric Services*, vol. 71, no. 12, Dec. 2020, pp. 1306–07, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000190>.
44. Khazaei, Salman, et al. “Suicide Rate in Relation to the Human Development Index and Other Health Related Factors: A Global Ecological Study from 91 Countries.” *Journal of Epidemiology and Global Health*, vol. 7, no. 2, 2017, p. 131, <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2016.12.002>.

45. Klonsky, E. David, and Alexis M. May. “The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the ‘Ideation-to-Action’ Framework.” *International Journal of Cognitive Therapy*, vol. 8, no. 2, 2015, pp. 114–29, <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>.
46. Klonsky, E. David, et al. “The Three-Step Theory of Suicide: Description, Evidence, and Some Useful Points of Clarification.” *Preventive Medicine*, vol. 152, 2021, p. 106549, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>.
47. Koven, Steven G. “PTSD and Suicides Among Veterans—Recent Findings.” *Public Integrity*, vol. 19, no. 5, Sept. 2017, pp. 500–12, <https://doi.org/10.1080/10999922.2016.1248881>.
48. Kredlow, M. Alexandra, and Michael W. Otto. “INTERFERENCE WITH THE RECONSOLIDATION OF TRAUMA-RELATED MEMORIES IN ADULTS: Research Article: Reconsolidation of Trauma-Related Memories.” *Depression and Anxiety*, vol. 32, no. 1, 2015, pp. 32–37, <https://doi.org/10.1002/da.22343>.
49. Lee, Elizabeth A. D. “Complex Contribution of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder to Veteran Suicide: Facing an Increasing Challenge: Complex Contribution of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder to Veteran Suicide: Facing an Increasing Challenge.” *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 48, no. 2, 2012, pp. 108–15, <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00312.x>.
50. Make The Connection, 2024. [online] Access: <https://www.maketheconnection.net/>
51. Matarazzo, Bridget B., et al. “The Veterans Health Administration REACH VET Program: Suicide Predictive Modeling in Practice.” *Psychiatric Services*, vol. 74, no. 2, Feb. 2023, pp. 206–09, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100629>.
52. Maung, Hane Htut. “Mental Disorder and Suicide: What’s the Connection?” *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, vol. 47, no. 3, Aug. 2022, pp. 345–67, <https://doi.org/10.1093/jmp/jhab015>.

53. McCarthy, John F., et al. "Evaluation of the Recovery Engagement and Coordination for Health–Veterans Enhanced Treatment Suicide Risk Modeling Clinical Program in the Veterans Health Administration." *JAMA Network Open*, vol. 4, no. 10, Oct. 2021, p. e2129900, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.29900>.
54. McCarthy, John F., et al. "Predictive Modeling and Concentration of the Risk of Suicide: Implications for Preventive Interventions in the US Department of Veterans Affairs." *American Journal of Public Health*, vol. 105, no. 9, 2015, pp. 1935–42, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302737>.
55. Monteith, Lindsey L., et al. "'We're Afraid to Say Suicide': Stigma as a Barrier to Implementing a Community-Based Suicide Prevention Program for Rural Veterans." *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 208, no. 5, 2020, pp. 371–76, <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001139>.
56. Monteith, Lindsey L., et al. "Together With Veterans: VA National Strategy Alignment and Lessons Learned from Community-Based Suicide Prevention for Rural Veterans." *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 50, no. 3, 2020, pp. 588–600, <https://doi.org/10.1111/sltb.12613>.
57. Nock, M. K., et al. "Suicide and Suicidal Behavior." *Epidemiologic Reviews*, vol. 30, no. 1, May 2008, pp. 133–54, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.
58. O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy, and practice* (pp. 181–198). Malden, MA: John Wiley & Sons.
59. O'Connor, Rory C. "The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior." *Crisis*, vol. 32, no. 6, Nov. 2011, pp. 295–98, <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>.
60. O'Connor, Rory C., and Gwendolyn Portzky. "The Relationship between Entrapment and Suicidal Behavior through the Lens of the Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behavior." *Current Opinion in Psychology*, vol. 22, 2018, pp. 12–17, <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>.

61. O'Connor, Rory C., and Olivia J. Kirtley. "The Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behaviour." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, vol. 373, no. 1754, Sept. 2018, p. 20170268, <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.
62. Pease, James L., et al. "Military Culture and the Transition to Civilian Life: Suicide Risk and Other Considerations." *Social Work*, vol. 61, no. 1, 2016, pp. 83–86, <https://doi.org/10.1093/sw/swv050>.
63. Ramchand, Rajeev. "Suicide Among Veterans: Veterans' Issues in Focus." *Rand Health Quarterly*, vol. 9, no. 3, June 2022, p. 21.
64. Reisman, Miriam. "PTSD Treatment for Veterans: What's Working, What's New, and What's Next." *P & T: A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management*, vol. 41, no. 10, Oct. 2016, pp. 623–34.
65. Rozanov, Vsevolod, and Vladimir Carli. "Suicide among War Veterans." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 9, no. 7, July 2012, pp. 2504–19, <https://doi.org/10.3390/ijerph9072504>.
66. Rural Health Information Hub, 2023. Together With Veterans Rural Suicide Prevention Program [online]. Rural Health Information Hub. Available at: <https://www.ruralhealthinfo.org/project-examples/1077>
67. Rytwinski, Nina K., et al. "The Co-Occurrence of Major Depressive Disorder Among Individuals With Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis." *Journal of Traumatic Stress*, vol. 26, no. 3, 2013, pp. 299–309, <https://doi.org/10.1002/jts.21814>.
68. Sadler, Nicole, et al. "Suicide in Military and Veteran Populations: A View Across the Five Eyes Nations." *Psychiatry*, Feb. 2024, pp. 1–4, <https://doi.org/10.1080/00332747.2024.2306794>.
69. Schafer, Katherine Musacchio, et al. "Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Death among Veterans and Service Members: A Comprehensive Meta-Analysis of

- Risk Factors.” *Military Psychology*, vol. 34, no. 2, Mar. 2022, pp. 129–46,
<https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1976544>.
70. Schnurr, Paula P., et al. “Posttraumatic Stress Disorder and Quality of Life: Extension of Findings to Veterans of the Wars in Iraq and Afghanistan.” *Clinical Psychology Review*, vol. 29, no. 8, 2009, pp. 727–35, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.006>.
71. Schrader, Christian, and Abigail Ross. “A Review of PTSD and Current Treatment Strategies.” *Missouri Medicine*, vol. 118, no. 6, 2021, pp. 546–51.
72. Sippel, Lauren M., et al. “The Unique Roles of Emotional Numbing and Arousal Symptoms in Relation to Social Connectedness Among Military Veterans in Residential Treatment for PTSD.” *Psychiatry*, vol. 81, no. 3, July 2018, pp. 271–82, <https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1395313>.
73. Sokol, Yosef, et al. “The Deadly Gap: Understanding Suicide among Veterans Transitioning out of the Military.” *Psychiatry Research*, vol. 300, 2021, p. 113875, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113875>.
74. Tanielian T, Jaycox LH, editors. *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, California: RAND Corporation; 2008.
75. The Ukrainian Psychotrauma Center. What is first-line therapy for PTSD, 2024. [online] Доступ: <https://shorturl.at/aiyRS>
76. U.S. Department of Veteran Affairs. Cognitive Processing Therapy (CPT) for PTSD, 2022. [online] Доступ: <https://shorturl.at/iDNZ2>
77. U.S. Department of Veteran Affairs. National Strategy for Preventing Veteran Suicide 2018-2024, 2018. [online] Доступ: https://www.mentalhealth.va.gov/suicide_prevention/docs/Office-of-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf
78. Ursano, Robert J., et al. “Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.” *The American Journal of Psychiatry*, vol. 161, no. 11 Suppl, Nov. 2004, pp. 3–31.
79. VA, 2023. U.S. Department of Veteran Affairs. REACH VET. Recovery Engagement and Coordination for Health-Veterans Enhanced Treatment. Predictive Analytics for

- Suicide Prevention. [online]. Access:
https://www.hsrd.research.va.gov/for_researchers/cyber_seminars/archives/3527-notes.pdf
80. VA, 2023. U.S. Department of Veteran Affairs. Together with Veterans (TWV). [online] Access: <https://www.mirecc.va.gov/visn19/togetherwithveterans/index.asp>
81. VA, 2024. U.S. Department of Veteran Affairs [online] Access: <https://www.va.gov/>
82. Van Orden, Kimberly A., et al. “The Interpersonal Theory of Suicide.” *Psychological Review*, vol. 117, no. 2, 2010, pp. 575–600, <https://doi.org/10.1037/a0018697>.
83. Värnik, Peeter. “Suicide in the World.” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 9, no. 3, Mar. 2012, pp. 760–71, <https://doi.org/10.3390/ijerph9030760>.
84. Veterans Crisis Line, 2024. [online] Access:
<https://www.veteranscrisisline.net/about/about-us/>
85. WHO. 2014. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, Switzerland: WHO
86. Wilson, Gemma, et al. “The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-Traumatic Stress Disorder—A Systematic Narrative Review.” *Frontiers in Psychology*, vol. 9, June 2018, p. 923, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>.