

ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО ПО РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ

*ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ УСТАНОВ ВИКОНАННЯ
ПОКАРАНЬ ТА СЛІДЧИХ ІЗОЛЯТОРІВ ДКВС УКРАЇНИ*

ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО ПО РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ

для працівників установ виконання покарань
та слідчих ізоляторів ДКВС України



Вихідні дані

ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Перед Вами видання, підготовлене міжнародною організацією «Федерація «Глобальна ініціатива в психіатрії» (FGIP) у співпраці з Департаментом з питань виконання кримінальних покарань та державної установи «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» в рамках реалізації проєкту FGIP у відповідь на сучасні виклики, що стоять перед Державною кримінально-виконавчою службою України та пов'язані з зростаючою потребою у забезпеченні належного поведінки з особами, які мають психічні та поведінкові розлади. Дані особи є особливо вразливою категорією в місцях позбавлення волі, потребують з боку персоналу не лише контролю, а й розуміння, відповідного підходу та належної професійної підтримки, підвищеної уваги.

Слід зазначити, що одним із завдань, визначених Стратегією реформування пенітенціарної системи на період до 2026 року, є удосконалення системи надання психологічної допомоги засудженим та особам, взятим під варту, забезпечення ефективної корекції їх поведінки та зменшення кількості її негативних проявів.

Враховуючи тенденцію до збільшення кількості осіб з ознаками психічних порушень серед тих, хто потрапляє в умови ізоляції, актуалізується проблема своєчасного виявлення та адекватного реагування персоналу установ ДКВС України на наявні випадки. У зв'язку з цим, у публікації значна увага приділена питанням своєчасного розпізнавання ознак психічних порушень, побудові ефективної комунікації, заходам з менеджменту агресії та запобігання проявам деструктивної поведінки.

Наявність психічних або поведінкових розладів не лише ускладнює процес соціальної адаптації таких осіб у закритому середовищі, а й підвищує ризик скоєння суїцидів, виникнення негативних психічних станів, проблем із залежностями, поширення інфекційних хвороб.

Зважаючи на це, у даному керівництві детально розглянута проблема суїцидальності та самоушкоджень, розкриті механізми формування залежностей, представлені практичні аспекти діагностики психічних розладів, шляхів інфікування на соціально небезпечні хвороби. Дане практичне керівництво ґрунтується на міжнародному досвіді, в ньому органічно поєднується психологічний вплив з медичним, просвітницьким, соціальним компонентами.

Використання викладеної у керівництві інформації сприятиме більш ефективному вжиттю відповідних заходів реагування в межах компетенції персоналу установ у роботі з особами, які мають психічні та поведінкові розлади, забезпечить компетентний та мультидисциплінарний підхід у питаннях збереження психічного та фізичного здоров'я ув'язнених та засуджених.

*Начальник Управління ресоціалізації та соціальної
реабілітації Департаменту з питань виконання
кримінальних покарань*

*Міністерства юстиції України
полковник внутрішньої служби
Калівошко Валерій Миколайович*



Вступне слово керівництва

ЗМІСТ

ЧАСТИНА 1.	
НАВИЧКИ КОМУНІКАЦІЇ	7
РОЗДІЛ 1. КОМУНІКАЦІЯ	7
1.1. Вербальна й невербальна комунікація	7
1.2. Інтерпретація поведінки	9
1.3. Рівні комунікації	10
1.4. Комунікація над комунікацією: метакомунікація	11
1.5. Повідомлення, що закладено в комунікацію	11
1.6. Культурні аспекти комунікації	12
1.7. Пряма, непряма, експліцитна та імпліцитна комунікація	12
1.8. Розлади комунікації	13
1.9. Резюме	14
РОЗДІЛ 2. НАВИЧКИ ВЕДЕННЯ БЕСІДИ	15
2.1. Вислуховування	15
2.2. Оформлення запитань	16
2.3. Резюме	17
РОЗДІЛ 3. УПРАВЛІННЯ АГРЕСІЄЮ	19
3.1. Форми агресивної поведінки	19
3.2. Природна реакція на агресивну поведінку	19
3.3. Професійний менеджмент агресії	20
РОЗДІЛ 4. ПІДГОТОВКА ЗВІТУ	23
4.1. Сприйняття	23
4.2. Спостереження	23
4.3. Написання звіту	23
4.4. Суб'єктивне – об'єктивне	23
4.5. Факти й думки	24
4.6. Висновки	25
ЧАСТИНА 2. ПСИХОПАТОЛОГІЯ	26
РОЗДІЛ 1. ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ	26
1.1. Основні поняття	26
1.2. Нормальне й ненормальне (аномальне)	26
1.3. Основні групи розладів	27
1.4. Осудність	28
1.5. Зростання кількості засуджених із психічними розладами в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України	28
РОЗДІЛ 2. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ	30
2.1. Психотичні розлади	30
2.2. Афективні розлади	32
2.3. Депресивний розлад	32
2.4. Маніакальний розлад	33
2.5. Біполярний або маніакально-депресивний розлад	33
РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМА СУЇЦИДАЛЬНОСТІ	34
3.1. Суїциди в місцях позбавлення волі	34
3.2. Причини	36
3.3. Групи ризику в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України	36
3.4. Загрозливі моменти	38
3.5. Розпізнавання сигналів	39
3.6. Що робити в разі суїцидальної поведінки	40
РОЗДІЛ 4. ТРИВОГА Й ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ	45
4.1. Тривога (страх) як симптом психічних розладів	45
4.2. Тривожні розлади	45
РОЗДІЛ 5. РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ	47
5.1. Причини особистісних розладів та їх характеристики	47
РОЗДІЛ 6. ЗАВДАВАННЯ САМОУШКОДЖЕНЬ	49
6.1. Види й способи самоушкоджень	49
6.2. Причини	50
6.3. Наші дії в ситуаціях самоушкодженої поведінки	51
РОЗДІЛ 7. ІНШІ ВАЖЛИВІ ГРУПИ	53
7.1. Знижений інтелектуальний рівень	53
7.2. Загальні розлади розвитку	54

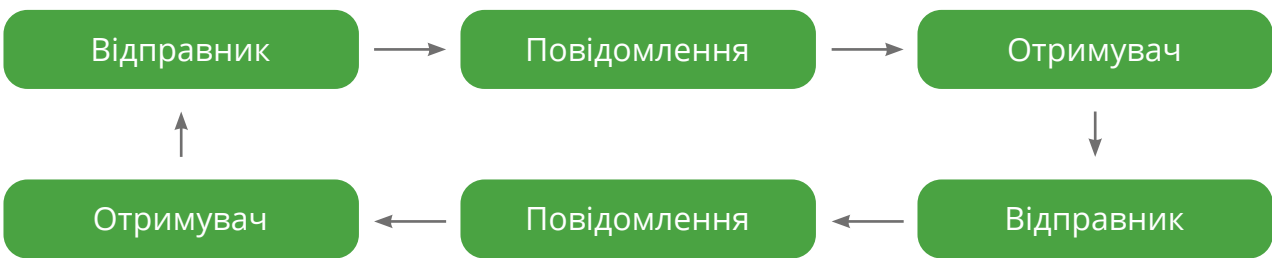
<i>Додаток 1.</i> Деякі аспекти поводження з ув'язненими, які страждають на психічні розлади.....	56
<i>Додаток 2.</i> Інструкція з практичних дій у випадку (ймовірного) суїциду.....	57
ЧАСТИНА 3. ПРОБЛЕМИ ЗАЛЕЖНОСТІ	59
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ	59
1.1. Проблема залежності.....	59
1.2. Звичка й залежність.....	59
1.3. Визначення поняття наркотичних речовин.....	59
1.4. Класифікація наркотичних речовин.....	60
1.5. Фізична й психічна залежність.....	61
РОЗДІЛ 2. ДІЯ ТА ЕФЕКТ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН	63
2.1. Алкоголь.....	64
2.2. Лікарські засоби.....	66
2.3. Опіати.....	67
2.4. Кокаїн.....	69
2.5. Стимулятори.....	70
2.6. Екстазі.....	72
2.7. Продукти коноплі.....	73
2.8. Азартні ігри.....	74
РОЗДІЛ 3. СПОЖИВАЧ НАРКОТИКУ ТА ЙОГО СЕРЕДОВИЩЕ	76
3.1. Процес формування залежності.....	76
3.2. Причини залежності.....	77
3.3. Тенденції серед молодих людей.....	78
ЧАСТИНА 4. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ	80
4.1. Інфекційні хвороби й основні шляхи зараження.....	80
4.2. Грип і ГРВІ (застиуда).....	82
4.3. Короста й педикульоз.....	82
4.4. Туберкульоз.....	82
4.5. Гепатит.....	84
4.6. ВІЛ.....	87
ЧАСТИНА 5. ДІАГНОСТИКА	145
РОЗДІЛ 1. ПСИХІЧНИЙ СТАТУС. СИМПТОМИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	90
1.1. Зовнішній вигляд.....	90
1.2. Свідомість.....	90
1.3. Орієнтація.....	90
1.4. Функція пам'яті.....	91
1.5. Сприйняття.....	91
1.6. Мислення.....	91
1.7. Настрій.....	92
1.8. Афект.....	92
1.9. Психомоторика.....	93
1.10. Функції оцінки та критики.....	93
РОЗДІЛ 2. РОЗШИРЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДО СКОРОЧЕНОЇ ВЕРСІЇ ОЦІНКИ ПСИХІАТРИЧНИХ СИМПТОМІВ (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS)	94
Додаткові шкали.....	104
РОЗДІЛ 3. КОРОТКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПСИХІАТРИЧНИХ СИМПТОМІВ (BPRS)	106
РОЗДІЛ 4. КОРОТКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК СИМПТОМІВ	107
РОЗДІЛ 5. СТРУКТУРОВАНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК СИМУЛЯТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ	109
РОЗДІЛ 6. ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ СКРИНІНГУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОРЕКЦІЙНИХ ЗАКЛАДАХ CMHS (Correctional Mental Health Screen)	112
Інструкція до заповнення CMHS-M (Correctional Mental Health Screen).....	113
ДОДАТОК 1	115

ЧАСТИНА 1. НАВИЧКИ КОМУНІКАЦІЇ

РОЗДІЛ 1. КОМУНІКАЦІЯ

Будь-які зв'язки, котрі відбуваються між людьми, називаються комунікацією. То може бути відправлення повідомлення від однієї особи до іншої, або, наприклад, обмін інформацією. Це стосується не тільки того, що ми проговорюємо, але й того, що ми робимо. У технічних термінах один з учасників називається *відправником* повідомлення, а інший – *отримувачем*. Те, що *відправник* бажає передати *отримувачу*, ми називаємо *повідомленням*. Якщо *отримувач* реагує на *повідомлення*, він сам стає *відправником*. Ці ролі можуть змінюватися, а крім того, один *відправник* може взаємодіяти не тільки з одним *отримувачем*, наприклад, як це відбувається під час зібрань.

Процес комунікації можна представити як таку схему:



1.1. Вербальна й невербальна комунікація

Вербальна комунікація

Ми можемо спілкуватися один з одним усно або письмово, і обидва ці способи відбуваються за допомогою мови. Такий спосіб комунікації називається вербальним.

Невербальна комунікація

Передача повідомлення без використання слів, а саме за допомогою дії, положення тіла, виразу обличчя, гучності голосу, різних його аберацій, називається невербальною комунікацією.

Будь-які дії – це комунікація

Отже, навіть якщо людина не сказала ані слова, вона може свідомо або несвідомо передавати якесь повідомлення. Так, під час першої зустрічі з незнайомою людиною в нас завжди виникає перше враження, навіть якщо ми не встигли обмінятися навіть словом із незнайомцем. Тобто будь-яка форма поведінки може розцінюватися як послання.

У ситуації далі представлено приклад невербальної комунікації між працівником установи та ув'язненими.

Після участі в якійсь спільній діяльності черговий помічник начальника слідчого ізолятора (далі – ЧПНСІ) починає зачиняти двері камер для утримання осіб, взятих під варту пацієнтів. Він рухається коридором і по черзі замикає двері камер. У дверях однієї з камер стоять двоє ув'язнених та розмовляють між собою. (ув'язнені не можуть так просто стояти та розмовляти. Приклад варто підібрати

інший) Вони помічають ЧПНСІ, який наближається до них, і починають говорити тихіше. Коли ЧПНСІ вже зовсім поруч, ув'язнені завершують бесіду, кожен з них підходить і стає біля дверей своєї камери. Потім вони заходять до своїх камер, а ЧПНСІ замикає за кожним із них двері.

Цей приклад яскраво демонструє, як поведінка однієї людини впливає на поведінку іншої. Модель «дія – реакція» цілком тотожна вербальній комунікації, коли одна людина реагує на слова іншої. Тобто між ЧПНСІ й ув'язненими цілком могла відбутися бесіда на кшталт описаної нижче.

ЧПНСІ наближається до ув'язнених пацієнтів і на ходу каже: «Ну все, хлопці, пора по місцях». У відповідь особи, взяті під варту пацієнти кажуть: «Уже йдемо» та заходять кожен до своєї камери, а черговий, відповідно, зачиняє двері.

Невербальні дії швидше передають суть

Нерідко невербальні дії швидше передають суть послання, ніж слова. Жестикуляція руками, знизування плечима або зміни в голосі швидше доносять смисл послання, ніж потік слів. Крім того, повідомлення, яке пересилається через невербальну комунікацію, зазвичай більш широке й правдиве. «Обманювати» тілом значно складніше.

Аспекти невербальної комунікації

Жести й супутні рухи

Жести й супутні рухи можуть уточнювати та/або доповнювати відповідні вербальні повідомлення. Крім того, деякі

жести мають символічне значення. Наприклад, витягнута вбік рука з піднятим догори великим пальцем у людини, яка стоїть уздовж траси, радше за все означає, що така людина просить її підвезти.

Положення тіла

Положення вашого тіла демонструє ваше ставлення до бесіди. Так, розслаблене, розкуте положення у процесі бесіди з кимось в одних випадках говорить про комфортну, невимушену атмосферу спілкування, а в інших умовах це може означати, що розмова вас просто не цікавить і ви не намагаєтеся до неї залучатися.

Міміка

Міміка (вираз обличчя) зазвичай дуже гарно відображає настрій та емоції людини.

Зоровий контакт

Підтримання зорового контакту зі співрозмовником або пошук такого контакту може вказувати на ступінь важливості такої бесіди або брак зацікавленості в ній. Якщо бесіда приємна, людина дивиться на свого співрозмовника частіше та впродовж більш тривалого часу. Якщо ви відчуваєте себе некомфортно в процесі спілкування, то часто опускаєте очі або відводите погляд убік, щоб погляд співрозмовника не спричиняв зніяковіння.

Крім того, погляд також може передавати й силу емоції. Недарма є такі вислови: «вбивчий погляд» і «очі випромінюють щастя».

Використання голосу

Маються на увазі аспекти вербальної комунікації, але не самі слова, а інтонація, наголос, темп мови, гучність тощо.

Невербальні елементи	Основні ознаки
Положення тіла	Розслаблене; напружене; постійно змінюється поза; специфічне положення тіла.
Погляд і вираз обличчя	Людина супить брови; кутики вуст тремтять; м'язові посмикування; постійна зміна міміки; почервоніння обличчя; апатичний, тьмянний погляд.
Зоровий контакт	Наявний постійно; співрозмовник відводить погляд тощо.
Характеристики мови (тон, гучність, швидкість, словниковий запас тощо)	Розмовляє жорстко, м'яко, чітко, у прискореному темпі, невпевнено, тихо, гучно, експресивно, людина заїкається або має інші особливості тощо.

Невербальні елементи	Основні ознаки
Жести й супутні рухи	▪ Руки: посилена жестикуляція; відсутня жестикуляція; руки зчеплені в замок; особа здійснює руками якісь особливі рухи тощо; ▪ Ноги: похитування ногою (в позі закинувши ногу за ногу); ноги разом; ноги в постійному русі; ноги підведені під себе тощо; ▪ Тулуб: тулуб під час спілкування повернутий у бік співрозмовника; рухомість тулуба збережена; пряме положення тіла тощо.
Зовнішній вигляд (одяг, наявність макіяжу, зачіска, стан одягу, рук)	Треба звернути увагу на відповідність зовнішнього вигляду, одягу ситуації, температурі навколо тощо, а також на ті моменти, які впадають в око.
Дистанція	Дотримання дистанції, збільшення або скорочення дистанції тощо.
Мовні навички	▪ Речення: зрозумілі; завершені; експресивні тощо; ▪ Розповідь: розповідач зупиняється й не може зорієнтуватися, що сказати далі; розповідь структурована; розповідь не має/має логічну послідовність тощо.

1.2. Інтерпретація поведінки

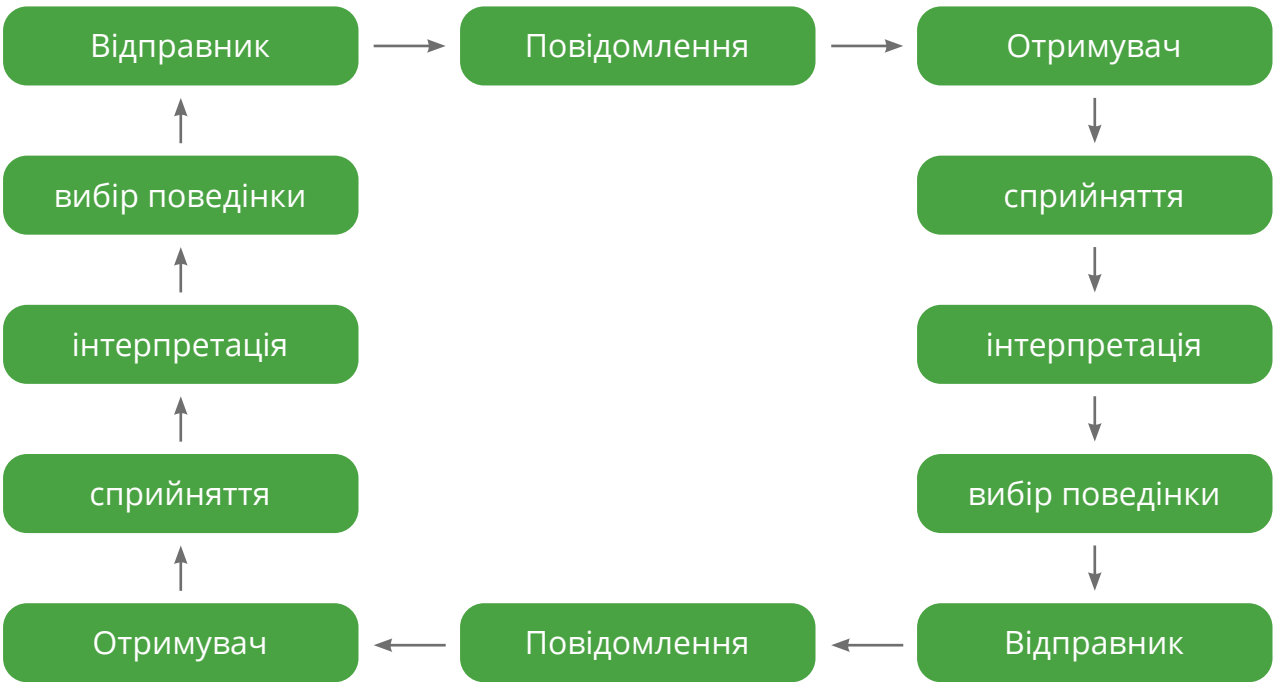
Значення невербальної інформації

Жести, інтонація та положення тіла мають значно більший вплив на інтерпретацію поведінки людей навколо, ніж ми можемо собі уявити. Відповідно до даних наукових досліджень, наше сприйняття на 65% визначається невербальною інформацією. Коли ми слухаємо будь-кого, а потім розповідаємо, на що звернули увагу, то приблизно 65% наших

спогадів базуються на невербальних сигналах.

Окрім цього, на нас впливає наша особиста історія та виховання, наш поточний настрій, а також перше враження від людини. Якщо декільком людям, які були свідками однієї події, поставити запитання: «Що ви бачили?», то найчастіше вони розкажуть різні історії. Кожний дивиться на довколишній світ по-своєму. Ми описуємо події та ситуації так, як ми їх уявляємо, і наділяємо все особистим значенням.

Схему процесу комунікації можливо розширити так:



Проміжний висновок

Отже, люди, що спілкуються між собою, постійно реагують один на одного, як безпосередньо, через вербальні повідомлення, так й через невербальну поведінку. Людина, яка отримує повідомлення відправника (отримувач), своєю поведінкою під час спілкування демонструє певні сигнали. Наприклад, якщо співрозмовник сидить під час бесіди та з виглядом нудьги дивиться у вікно, це може бути інтерпретовано як: «Ваша розповідь мені нецікава».

Успішна комунікація

Будь-який відправник повідомлення, посилаючи його, виставляє певну ціль. Успішною називається комунікація, під час якої отримувач розуміє повідомлення або розуміє мету відправника. При цьому важливу роль відіграє як вербальна, так і невербальна поведінка.

1.3. Рівні комунікації

Якщо ви кажете комусь: «Цього робити не потрібно» та одночасно підморгуєте, то ваше зауваження, скоріш за все, не буде прийнято правильно. Тобто на словах ви щось забороняєте, але підморгуванням повідомляєте, що вашу заборону можна не сприймати серйозно. Підморгування відіграє визначальну роль у тому, як потрібно розуміти ваші слова. Тобто в комунікації завжди треба розрізняти два рівні: рівень змісту й рівень ставлення.

Рівень змісту

Рівень змісту – це буквально значення послання (повідомлення, жесту тощо). Рівень змісту визначається здатністю давати відповіді на такі питання:

- Яка мета розмови?
- Яка тема розмови?
- Що було сказано?

Наприклад:

- Мета розмови: отримання відпустки в літній час.
- Тема розмови: відпустка з родиною.

- Що сказано: «Чи можу я піти у відпустку на весь липень, тому що хочу відпочити з родиною?»

Рівень ставлення

Рівень ставлення визначається інформацією, котра вказує на те, як не варто сприймати зміст повідомлення. При цьому важливу роль відіграють взаємовідносини між відправником і отримувачем повідомлення, як вони ладнають один з іншим, яка атмосфера зустрічі.

Є багато форм спілкування. Воно може бути, наприклад, дружнім, ворожим, діловим, близьким, «на рівних», нерівноправним, спонтанним, формальним, відстороненим, з активним залученням тощо.

Рівень ставлення визначається спроможністю дати відповіді на такі запитання:
Яка атмосфера зустрічі?
розслаблена чи ворожа.

Як учасники спілкуються один з іншим?
неформально, формально, доброзичливо, активно включаються, домовляються з урахуванням позицій сторін.

Рівень ставлення передбачає передусім невербальну інформацію. Тобто важлива не сама тема спілкування, а те, як особа про це говорить. Так, фраза «Пробачте, не зрозумів», промовлена з дружньою усмішкою або ж похмурою гримасою, буде мати принципово різне значення. Словникове наповнення однакове, але рівень ставлення різний. У першому випадку співрозмовника запрошують розповісти, що саме він мав на увазі, а в другому – примушують змінити думку або замовкнути. Тобто невербальний сигнал (інтонація) повідомляє про ставлення й визначає справжнє значення послання.

Рівень ставлення може виражатися й вербально. Наприклад, як додаткові зауваження: «Я пожартував» або «Це наказ». Нижче ми розглянемо декілька прикладів невербальної поведінкової комунікації.

1.4. Комунікація над комунікацією: метакомунікація

Вербальна метакомунікація – спосіб спілкування, за допомогою якого передається вербальне повідомлення, а додатковими словами роз'яснюється, як саме необхідно сприймати це повідомлення. Це комунікація над комунікацією, або метакомунікація.

Повідомлення над повідомленням

У процесі метакомунікації ми посилаємо одне одному додаткове повідомлення – крім того, яким обмінюємося. Прикладом вербальної метакомунікації можуть бути такі короткі фрази:

- «Я вже не жартую»;
- «Зачекай, зараз я говорю»;
- «Добре, продовжуйте ви...» (у випадку, коли перебивають).

Іноді ми також використовуємо метакомунікацію більш широко. Наприклад, тоді, коли домовляємося, як нам сприймати розмову.

- «Що тобі від мене потрібно?»;
- «Я помітив, що зараз ти нервуєш. На що ти так зреагував?»;
- «Давайте будемо сприймати це як попередню домовленість і поки що не будемо робити ніяких висновків».

Невербальна метакомунікація

Невербальна метакомунікація – це те повідомлення над повідомленням, яке передається невербальним шляхом. Наприклад, якщо ви в чомусь не впевнені, не обов'язково промовляти: «Я не зовсім впевнений у цьому». Це можливо виразити виключно мімікою або відповідними тілесними рухами.

На практиці люди рідко обговорюють, як сприймати повідомлення один одного. Зазвичай це виникає лише у випадках серйозного непорозуміння або навіть конфлікту. І тільки коли серйозна проблема

вже виникла, її починають обговорювати і з'ясовувати. При цьому часто ситуація настільки розпалюється, що може навіть виникнути новий конфлікт.

У будь-якому випадку відправник повідомлення може спочатку перевірити, чи правильно зрозуміли його повідомлення, саме відповідно до того, як він запланував, а потім, за необхідності, надати додаткові пояснення, що саме мав на увазі.

1.5. Повідомлення, що закладено в комунікацію

Функції повідомлення

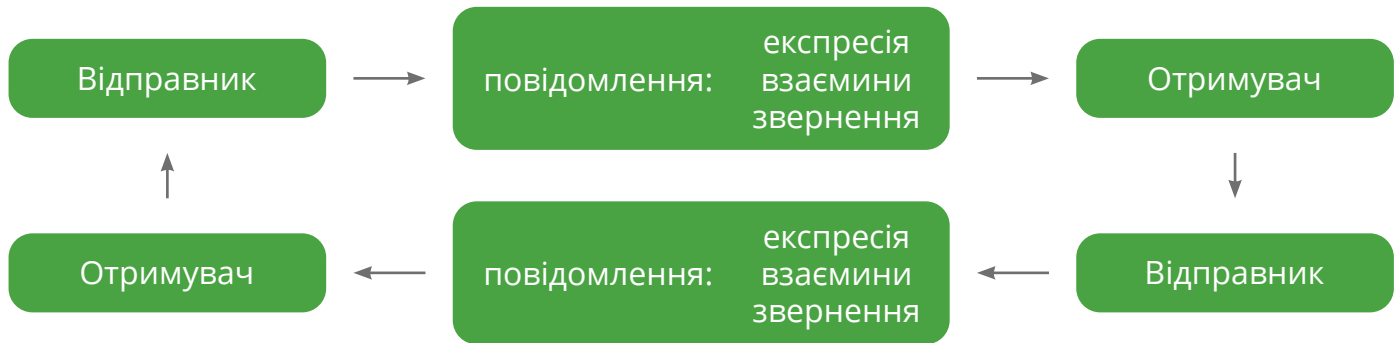
Повідомлення найчастіше вміщує в себе декілька сторін. Насамперед це його буквальний зміст, що саме сказано словами. Окрім того, будь-яке повідомлення вміщує елемент *експресії*. Воно відображає інформацію про настрій, характер співрозмовника, його окремі уявлення, думки, оцінки, упередження тощо.

Інші повідомлення несуть інформацію про взаємини людей, що спілкуються між собою. З того, як саме відбувається комунікація між співрозмовниками, можливо сказати, формальні стосунки чи неформальні, шанобливі чи зневажливі, вимушені чи вільні, серйозні чи більш формальні тощо.

Іноді в повідомленні може ховатися непряме звернення: приховане питання або примус до дії.

Згадані три функції повідомлення (експресія, оцінка взаємин та звернення) часто не представлені у вигляді слів, проте також передають інформацію, і часто навіть не усвідомлено. При цьому отримувач повідомлення зазвичай чітко сприймає, про що подібні сигнали. Тому важливо знати, які повідомлення ви відправляєте свідомо, а які – неусвідомлено, і як це впливає на іншу сторону комунікації.

Функції повідомлення:



1.6. Культурні аспекти комунікації

Способи спілкування людей між собою можуть дуже різнитися. Ця різноманітність у комунікації зумовлена особливостями нашого культурного середовища й належності. Щоб «як слід» зрозуміти людину, важливо знати, з ким ви маєте справу та які культурально-зумовлені стилі комунікації притаманні вам і вашому співрозмовнику. Культура – це сукупність звичаїв, патернів і загальноприйнятих норм, які виникли на основі минулого досвіду й за допомогою яких члени однієї групи відрізняються від членів інших груп.

Щоб оцінити особливості комунікації з позиції культуральних особливостей, треба звернути увагу на низку базових аспектів:

1. Належність до певної етнонаціональної групи: держава; регіон; громада.
2. Географічне положення держави, регіону проживання.
3. Соціальний клас: певний прошарок суспільства; ранги; положення в суспільстві, освіта.
4. Гендерна належність: чоловік, жінка тощо.
5. Покоління: фаза життя й вікова група.
6. Релігія або життєві переконання.

1.7. Пряма, непряма, експліцитна та імпліцитна комунікація

Як персоналу ДКВС України, вам доводиться мати справу з людьми, які мають дуже різні стилі комунікації. Це зумовлено низкою факторів: віком, статтю, особливостями виховання, культурою, країною народження, настроєм, досвідом і рівнем ваших взаємин із цією людиною.

Пряма й непряма комунікація

Одна людина висловлюється прямо, швидко й по-діловому, інша нібито обходить і розмовляє дещо «розмито». У процесі непрямої комунікації людина спочатку робить вступ до повідомлення й тільки потім переходить до фактичної інформації.

Експліцитна та імпліцитна комунікація

Експліцитна комунікація – людина передає фактичну інформацію та лише доповнює її певними роз'ясненнями.

Деякі люди мають схильність до **імпліцитної комунікації**. Такі особи роз'яснюють за допомогою описів, а іноді використовують зовсім інші слова. У такому випадку щоб зрозуміти справжній сенс послання, ви повинні «читати поміж рядків». Прикладами імпліцитної комунікації є приказки й анекдоти.

Пряма комунікація

У процесі комунікації ви можете прямо, ясно та чітко заявити свою позицію, намір, бажання тощо. Поєднання самого змісту послання й такого способу його передачі

буде сприяти сприйняттю його отримувачем у незмінному вигляді, але якщо пряме послання не передбачає зворотної реакції, воно може видаватися доволі грубим.

Наприклад:

«Усім залишити прогулянковий майданчик».

Цей приклад демонструє певний імператив. Меседж прямий й не вміщує в собі додаткових пояснень. Це може виглядати навіть грубо. Отримувач стикається з посланням, яке не передбачає його відповіді.

Експліцитна комунікація

Якщо, передаючи подібне послання, ви надаєте додаткові роз'яснення, це буде звучати менш грубо.

Наприклад:

«Усім залишити прогулянковий майданчик, тому що зараз на прогулянку буде виходити інша група ув'язнених/засуджених».

Цей приклад демонструє, що до інформації додаються чіткі роз'яснення, які вказують причину необхідності здійснення дій. Так, наприклад, співробітник установи надає отримувачам інформації можливість відреагувати на його послання.

Непряма комунікація

Непряма комунікація означає, що ви надаєте повідомлення в іншому формулюванні. На відміну від прямого стилю комунікації, у цьому випадку, особливо в розмовах на «чутливі» теми, ви приділяєте особливу увагу способу подачі послання, з використанням як вербальних, так і невербальних можливостей.

Імпліцитна комунікація

Імпліцитні послання іноді складніше інтерпретувати, оскільки фактична інформація представлена зовсім іншими словами або передається через приказку, анекдот, жарт.

Приклад:

«Ви ж знаєте, хорошого потрошку. Тож...»

Треба враховувати, що для людей, які не знайомі з цим висловом, значення такого послання може бути незрозумілим.

Ефективна комунікація

Комунікація буде більш ефективною, якщо ви будете в змозі розпізнати свій особистий стиль комунікації та стиль комунікації співрозмовника. Ви, як працівники установ виконання покарань та слідчих ізоляторів ДКВС України, несете відповідальність за ефективну комунікацію з засудженими, взятими під варту. Якщо помічаєте, що ваш індивідуальний стиль комунікації недостатньо ефективний, ви повинні навчитися перемикатися на інший стиль комунікації. Так, наприклад, якщо особисто вам притаманний прямий стиль, а співрозмовник не звик до такого стилю спілкування, буде краще все ж таки роз'яснити своє послання (експліцитна комунікація), або надати його в іншому формулюванні (непряма комунікація).

1.8. Розлади комунікації

Звісно, найкраще, коли повідомлення сприймається саме так, як очікував відправник. Однак доволі часто трапляються порушення комунікації. У таких випадках повідомлення сприймається у викривленому вигляді або частково, з усіма можливими негативними наслідками. І це може призвести до непорозуміння, викривленого сприйняття інформації, дратування, поганої взаємодії, неправильних рішень або конфліктів.

Причиною непорозуміння у комунікації може бути й невербальна поведінка. Найчастіше ми не усвідомлюємо, які саме невербальні сигнали ми подаємо назовні. Не усвідомлюємо ми й того, що ці невербальні сигнали легко можуть викривити наше вербальне послання. Один невербальний сигнал може мати різні значення. Так, бувають сльози радощів та сльози горя, усмішка співчуття і зневажлива посмішка.

Шум

Великі проблеми в комунікації можуть виникнути навіть тоді, коли люди вочевидь бажають брати в ній участь. Різні фактори впливу, як на фізичному, так і на психічному рівні, можуть порушувати процес комунікації та мають назву «шум».

Зовнішній шум, зовнішні перешкоди

Під час передачі інформації можливі будь-які зовнішні впливи, котрі будуть зашкоджувати цьому процесу. Наприклад: поганий телефонний зв'язок, група осіб, що проходить біля місця комунікації, або музика.

Прикладом інших варіантів негативного зовнішнього впливу може бути ситуація, коли в навчальній кімнаті занадто холодно або жарко, темно або мерехтить лампочка. Усе це може шкодити концентрації.

Внутрішній шум, перешкоди з боку відправника або отримувача

Процес комунікації також може бути блоковано чи порушено відправником або отримувачем повідомлення, наприклад, у результаті впливу певних емоцій – страху, горя, стресу, агресії або радості.

Тобто ми можемо пропустити часину бесіди або основний її контекст, якщо, наприклад, перебуваємо під впливом певних життєвих проблем, негараздів, а наші думки в момент розмови десь в іншому місці.

Порушення комунікації з обох боків також можуть статися у зв'язку з наявністю фізичних обмежень, наприклад, зниженого слуху, дефектів мовлення, втоми, важкої соматичної хвороби.

1.9. Резюме

Коротко поняття комунікації можливо описати так:

1. Будь-яка поведінка – це комунікація. Тобто людина в соціумі не може без комунікації. Навіть якщо ви просто присутні в певному колективному просторі, ви завжди щось повідомляєте іншим.
2. Ми розрізняємо послання словами та послання без слів, або вербальну та невербальну комунікацію відповідно. Треба пам'ятати, що коли ми розмовляємо одне з одним, паралельно між нами одночасно відбувається і невербальна комунікація.
3. Комунікація – це взаємодія, яка відбувається завдяки постійному взаємному впливу з боку відправника й отримувача повідомлення.
4. Розрізняють два рівні комунікації:
 - рівень змісту, тобто буквальне значення послання;
 - рівень ставлення, тобто як послання треба розуміти.
5. Ми визначаємо сім основних культурних аспектів комунікації: належність до певної етнонаціональної групи; регіон (країна) проживання; соціальний клас; освіта; гендерна належність; покоління (вікова група); релігія або стійкі життєві переконання.
6. Є різноманітні стилі комунікації: пряма, непряма, експліцитна, імпліцитна.
7. Розлади комунікації трапляються доволі часто. Зумовлені вони зовнішніми й внутрішніми шумами.

РОЗДІЛ 2. НАВИЧКИ ВЕДЕННЯ БЕСІДИ

У цьому розділі ми розглянемо такі базові елементи навичок ведення бесіди:

- вислухати;
- ставити запитання;
- резюмувати (робити короткі висновки).

2.1. Вислуховування

Почути – це більше, ніж чути. Коли ми кажемо про те, як людина чує, ми маємо на увазі, як звук через коливання барабанної перетинки впливає на слуховий нерв і далі реєструється нашим мозком. Але на певні звуки, постійно присутні в нашому житті, ми перестаємо звертати будь-яку увагу, фактично перестаємо їх чути. Вони починають сприйматися нами як фон, як щось таке, що саме собою зрозуміле. Так, наприклад, керуючи автомобілем, через певний час ми перестаємо чути шум роботи двигуна. Разом із тим, коли двигун раптово починає видавати незвичайні звуки, починаємо активно слухати, щоби встановити, що цей звук може означати.

Вислуховування – це активна дія.

Ми сприймаємо звук, аналізуємо його й намагаємося розпізнати його значення. Почути – це не просто реєстрація звуку як фізичного феномену. Ми повинні наділити значенням те, що почули. Тобто вислуховування – це активна, усвідомлена дія.

Уміння вислухати співрозмовника є дуже важливою навичкою, а особливо в нашій роботі. Уважне вислуховування допомагає дійсно добре зрозуміти іншу людину й правильно реагувати на її дії та вчинки.

Підказки

Уміння добре слухати – це мистецтво. Якщо ви обрали для себе діяльність, пов'язану з роботою з людьми, необхідно опанувати це мистецтво. Пропонуємо вам декілька підказок:

- не тільки слухайте слова, а й намагайтеся зрозуміти мету іншої людини, а також які відчуття ховаються за її словами: потреба в допомозі; розчарування; радість тощо;
- звертайте увагу не лише на те, що сказано, а й на те, як сказано та які невербальні сигнали супроводжували сказане: положення тіла, вираз обличчя, жести, інтонація тощо;
- слухайте неупереджено. Намагайтеся чути не тільки те, що вам хочеться або що ви очікували почути. Утримуйтеся від передчасних тлумачень і висновків;
- не намагайтеся в думках формулювати відповідь, доки ваш співрозмовник говорить, бо ви можете втратити частину повідомлення;
- час від часу коротко підсумовуйте сказане й перепитуйте, чи правильно ви зрозуміли співрозмовника. Також такі регулярні короткі звірки демонструють вашу зацікавленість і уважність щодо спілкування та стимулюють іншого учасника до продовження бесіди. У будь-якому випадку наприкінці бесіди підсумуйте й дайте коротке резюме того, чим поділився з вами співрозмовник;
- якщо вам щось не зрозуміло, поставте уточнюючі запитання. Таке уточнення допоможе вам правильно зрозуміти співрозмовника й отримати коротку специфічну інформацію. Водночас не ставте відразу серію уточнюючих запитань. Такий підхід може спровокувати відчуття допиту, а це не є вашою метою в цій ситуації та не налаштовує на відкритість. Дайте можливість

людині розповісти свою історію за своїм баченням;

- використовуйте паузи як час для роздумів – своїх та співрозмовника. Пауза – це невід’ємна й важлива частина бесіди.
- продемонструйте положенням свого тіла, що ви дійсно зацікавлені й відкриті для спілкування, а ваша увага зосереджена на партнері.

Таких ефектів можливо досягнути такими способами:

- прийняти максимально відкриту позу, не схрещуючи рук і ніг;
- дивіться час від часу на співрозмовника, тримаючи поглядом зв’язок (але уникайте постійно дивитися, не відриваючи погляду). Варто пам’ятати, що коли під час бесіди ви часто заглядаєте у вікно або телефон, сидите в кріслі «розвалившись», постійно зітхаєте, дивитесь на годинник, ви демонструєте відсутність щирого залучення в бесіду. Враховуйте, що ваша невербальна поведінка є сама по собі міцним посланням.
- поворот тулуба або нахил голови в бік співрозмовника – простий спосіб продемонструвати співрозмовнику, що його уважно слухають.
- час від часу робіть будь-які зауваження в процесі бесіди на кшталт таких: так, звичайно, розумію, дійсно тощо. Це також повідомляє, що ви активно й уважно слухаєте, і стимулює співрозмовника продовжувати свою розповідь.

2.2. Оформлення запитань

Отримання інформації та керування ходом бесіди

Під час розмов люди здебільшого ставлять запитання й отримують відповіді. Той, хто запитує, привертає увагу до певної теми та очікує, що інший учасник бесіди відреагує на запитання. Наприклад, для отримання інформації про факти, ідеї або

думки про щось ви питаєте: «Що ви думаєте про ці домовленості?». У цьому випадку прикладом керування бесідою може бути питання: «А тепер, може, проголосуємо та зможемо ухвалити рішення?». Керувати можливо й іншим способом, наприклад, коли ви не ставите прямих запитань та не очікуєте прямої відповіді, але своїми запитаннями нібито вступаєте до бесіди. Непоганим прийомом у такому випадку може бути використання доброзичливої, довірливої, жартівливої тональності. «Добрий день! Ви вже повернулися, як там було у відпустці?» – це приклад відкритого запитання.

Типи запитань

Питання можуть ставитися по-різному, а відповідь, яку ми отримуємо, здебільшого залежить від типу запитання. Не кожен тип запитання підходить до будь-якої ситуації та може бути використаний для досягнення певних цілей. Тому треба знати, якого ефекту можна очікувати від запитань різних типів. Питання бувають закритими й відкритими.

Відкриті запитання

Відкриті запитання спонукають співрозмовника продовжувати бесіду й більше відкриватися. Вони можуть допомогти отримати повнішу інформацію про внутрішнє сприйняття ситуації та особисті уявлення особи. Такі запитання стимулюють обмірковування й підтримання контакту між учасниками бесіди. Основний принцип використання відкритих запитань: дайте людині розповісти свою історію. У таких запитаннях важливі відчуття ситуації, досвід, майстерність: «Яка ваша думка щодо цієї проблеми?».

Закриті запитання

Закриті запитання обмежують варіанти відповідей для співрозмовника. Як відповідь найчастіше використовуються короткі слова: «Так», або «Ні», або «Не знаю». Звісно, людина може надати перевагу більш розгорнутій відповіді, але прямо її про це не просять, тож це може бути сприйнято навіть як те, що в повній відповіді немає необхідності.

Можливо використовувати такий вид запитань у тих випадках, коли потрібно точно спрямовувати бесіду в певний бік. Наприклад: «Ви часто там бували?», «На вас були кросівки?», «Це сталося о 17 годині, після вечері?».

Типи закритих запитань

Розрізняють декілька типів закритих запитань:

Спрямовані запитання

Використовуються, коли потрібно отримати швидко конкретну інформацію. Переважно питання в такому випадку містять у собі відповідь, яку фактично треба підтвердити або заперечити. Спрямовані запитання можуть формулюватися як відкриті, але у зв'язку з тим, що не потребують особистої думки, по суті є закритими запитаннями. Приклади: «Хто тут головний?», «Котра вже година?».

Альтернативні запитання

Альтернативні запитання дають іншій стороні можливість вибрати відповідь із декількох варіантів. Альтернативними ми називаємо такі запитання, як: «Мені відповісти письмово чи в телефонному режимі?», «Ви погоджуєтеся, не погоджуєтеся чи не маєте особистої думки з цього приводу?». Альтернативні запитання мають міцний керівний потенціал. Їхній можливий недолік у тому, що, по-перше, ви не завжди можете бути впевненими, що ваше запитання правильно зрозуміли. По-друге, невідомо, яку роль відіграли особистісні фактори під час вибору варіанту відповіді.

Підштовхуючі запитання

За своєю суттю такі запитання – це не запитання, а особиста думка, що висловлюється в питальній формі. Сторона, яка запитує, в очікуванні бажаної відповіді складає запитання відповідним способом, «підводячи» під певний варіант відповіді. У такому випадку інша сторона дає передбачувану відповідь навіть тоді, коли її особиста думка щодо питання може бути дещо іншою. Приклади: «Ви дійсно вважаєте, що все гаразд?», «Але ви погоджуєтеся зі мною, що...?», «Ви ж не гірше за мене знаєте, що...?».

Риторичні запитання

Це запитання, на яке фактично не очікується відповідь. Такі запитання використовують, щоби співрозмовник продовжував вас слухати. Приклади: «Для чого б мені казати Вам неправду?».

Розпитування

Якщо вам потрібно отримати більш цікаву й повну інформацію про особу, цього можливо досягнути за допомогою розпитування. Ви продовжуєте розпитувати людину, якщо її відповіді поверхневі, розмиті, нечіткі або не вирізняються повнотою. Розпитуваннями ви спонукаєте свого співрозмовника більше занурюватися в суть теми обговорення. Розпитувати можна, вдаючись до використання відкритих та закритих запитань. Проте не варто відразу використовувати багато закритих запитань, тому що така тактика спілкування може бути схожою на допит, а це не є нашою метою. Дайте можливість співрозмовнику розповісти свою історію, як він це бачить. Приклад: «Ви кажете, що вам подобається працювати в цьому відділенні, розкажіть, будь ласка, що саме подобається?».

2.3. Резюме

Мета: коротке узагальнення сказаного.

Переказуючи своїми словами те, що було сказано, ви демонструєте свою зацікавленість, зануреність у бесіду, а також чи правильно ви зрозуміли співрозмовника. Такий підхід реалізує можливість управління бесідою (спрямування її в необхідне русло).

Резюме повинно:

- бути коротким і викладеним своїми словами;
- включати суть сказаного співрозмовником;
- частіше викладається у формі запитань, так, щоб співрозмовник, погоджуючись або заперечуючи, підтвердив, що ви правильно зрозуміли всі його меседжі.

Проміжний висновок

Користь від проміжного висновку:

- Ви допомагаєте співрозмовнику утримати напрям його оповіді;
- Ви стимулюєте продовжувати бесіду;
- Ви стимулюєте себе продовжувати стежити за розвитком подій;
- Ви перевіряєте наскільки ви правильно зрозуміли те, ще було сказано.

Завершальне резюме

Корисне в завершальному резюме:

- Ви демонструєте співрозмовнику, що зрозуміли зміст повідомлення;
- Ви ще раз фіксуєте послідовність подій;
- Ви отримуєте можливість контролювати перебіг бесіди.

Акценти на фактах або емоціях

Залежно від характеру бесіди, резюме може будуватися або на фактах, або на емоціях.

Наприклад, якщо наставник роз'яснює стажеру правила режиму, акцент у резюме потрібно зробити на фактах. Якщо бесіда пов'язана з обговоренням, наприклад, негативних життєвих новин, подій, потрібно зосередитися в проміжному висновку на емоційному аспекті ситуації.

Емоційне відображення

Процес, коли ви під час бесіди описуєте почуття вашого співрозмовника. Важливо пам'ятати, що таке емоційне відображення повинно точно відповідати характеру та інтенсивності почуттів співрозмовника. Так ви демонструєте, що дійсно розумієте й відчуваєте іншу людину.

РОЗДІЛ 3. УПРАВЛІННЯ АГРЕСІЄЮ

Конфліктні ситуації можуть загрожувати загальному порядку у відділенні/закладі/установі

Конфлікти, що супроводжуються агресивною поведінкою з боку засуджених/ув'язнених та провокують необхідність використання певних насильницьких дій із боку персоналу, несуть загрозу загальному порядку й безпеці установи виконання покарань/слідчого ізолятора ДКВС України. Такі ситуації можуть серйозно нашкодити при роботі з даною категорією осіб та морально-психологічному клімату у відділенні соціально-психологічної служби/закладі. При цьому негативні наслідки таких конфліктних ситуацій відчують на собі як засуджені/ув'язнені, так і персонал установи.

Запобігання ескалації конфліктів

Саме на персонал установ покладається завдання здійснювати постійний моніторинг ситуації та впливати на засуджених/ув'язнених так, щоб запобігати спалахам конфліктів та їх ескалації заради уникнення ситуацій, які потребуватимуть застосування насилля.

Управління агресією

Управління агресією є важливим завданням персоналу з погляду гарантування безпеки в установі/закладі й відповідних умов для роботи. Це завдання є певним викликом для персоналу. Ви повинні бути постійно насторожі й розв'язувати багато складних ситуацій. Саме з цієї причини буде дуже корисним, а можливо, навіть необхідним, щоб ви краще розуміли, як управляти агресією, і мали відповідні навички. Агресія в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України є дійсно дуже поширеним явищем у взаєминах. Цей розділ присвячено передусім темі менеджменту агресії, що може виникнути в процесі взаємодії між працівниками й засудженими/ув'язненими. Мова піде про конкретні навички й способи управління різними формами агресії.

3.1. Форми агресивної поведінки

У цьому розділі розглядатимуться дві форми агресивної поведінки пацієнтів:

- зухвала поведінка;
- експлозивна поведінка.

Зухвала поведінка

Ознаками такої поведінки є ситуації, коли засуджений/ув'язнений провокує інших, необґрунтовано відмовляється виконувати завдання, маніпулює, погрожує тощо.

Експлозивна поведінка

Ситуації, коли пацієнт дуже емоційно заряджений, готовий спалахнути, як сірник, з ним практично неможливо розмовляти, і він уже готовий до здійснення насильства.

3.2. Природна реакція на агресивну поведінку

Коли засуджений/ув'язнений починає поводитися агресивно щодо вас, це спричиняє напругу, яка проявляється серед іншого у фізичних реакціях. Залежно від ситуації, ступеня загрози, характеристик особистості можливі дві реакції, а саме *бігти* або *нападати*. Яка з двох реакцій йтиме у відповідь на агресивну поведінку або конфлікт, залежить також від вашого досвіду, виховання, темпераменту.

Бігти або нападати

Нападати (битися) – войовнича поведінка.

Битву (боротьбу) ми розглядаємо в цьому випадку суто буквально, як фізичний напад. Під боротьбою маємо на увазі войовничу поведінку, спрямовану на посилення особистої позиції за рахунок позиції іншого. Внаслідок використання сили (моральної або фізичної), агресії позиція іншого підривається і він втрачає перевагу.

Треба зазначити, якщо відбувається ситуація з ескалацією конфлікту, спілкування та робота з засудженим/ув'язненим суттєво порушуються. Той, хто програв, був вимушений відступити, бажає помститися й не дуже скоро буде готовий до відновлення щирої, відкритої взаємодії. У такому випадку конфлікт переходить в затяжну боротьбу «хто сильніший».

Бігти

Під цим словом ми розуміємо не конкретний фізичний акт, а модель поведінки. Мається на увазі алгоритм уникнення певних ситуацій або особистостей через страх стикнутися з ними в прямій конфронтації. Такий алгоритм поведінки деякі люди використовують, побоюючись явної агресії або можливої конфліктної ситуації з іншими людьми. Такі особи в крайніх проявах відчують безпорадність і неспроможні відстоювати свою позицію. У результаті в них знижується самооцінка, і наступного разу в подібній ситуації вони будуть почуватися ще більш невпевненими й безпорадними.

Унікаюча поведінка може також мати місце у випадках страху втратити самоконтроль і проявити агресію. Наприклад, працівник, який за своєю природою легко «заводиться», буде уникати конфронтації. У конфліктних ситуаціях він буде або поступатися, або виходити, наприклад, у робоче приміщення для виконання рутинної діяльності: заповнення журналів, підготовки звітів тощо.

3.3. Професійний менеджмент агресії

3.3.1. Професійні дії

Усвідомлені дії

Професійні дії – це завжди усвідомлені дії, до яких вдаються за особистим вибором. Звісно, це може відбуватися за участю емоцій, але без їх домінування. Емоційна реакція цілком природна, бо агресія зачіпає нас і викликає емоційну відповідь. У професійному менеджменті агресії не ставиться за мету утримати або обірвати емоції, радше ми повинні направити їх в

необхідне русло, правильно оцінити в часі й пропрацювати надалі.

Для цього необхідні:

- певний ступінь самоконтролю;
- правильна оцінка ситуації.

Самоконтроль

Контроль над собою можливо забезпечити завдяки:

- контрольованому диханню;
- контрольованому розслабленню м'язів;
- управлінню особистими думками.

Здійснення самоконтролю за допомогою контрольованого дихання

У напруженій ситуації дихання людини здебільшого стає частішим і більш поверхневим, ніж зазвичай. Від цього підвищується відчуття напруги й занепокоєння (прискорене серцебиття, посилене потовиділення тощо), яке може перерости в панічний стан або виражений неспокій. Така реакція на ситуацію може посилити роздратування в агресивного засудженого/ув'язненого й призвести до більшої ескалації агресії. Цьому обов'язково треба запобігти.

Одним зі способів угамувати своє хвилювання є використання методики контрольованого дихання за такою схемою:

- 1) повільно вдихнути повітря через ніс на рахунок 1-2-3-4;
- 2) затримати повітря в грудній клітці на висоті вдиху на 1–3 секунди;
- 3) поступово видихнути повітря через рот на рахунок 1-2-3-4-5.

Потрібно звернути увагу на те, що видих має бути дещо повільнішим і тривалішим, ніж вдих.

Здійснення самоконтролю за допомогою розслаблення м'язів

Доволі звичайною реакцією в умовах стресової ситуації є напруження м'язів. Це посилює відчуття загальної напруженості й дуже виснажує. Саме тому важливо вміти справлятися з напруженням у м'язах.

Оцінка

Ваша оцінка ситуації визначається трьома факторами:

- колом ваших професійних обов'язків;
- конкретною ситуацією;
- вашими особистими якостями;

Ваші професійні обов'язки

Як на працівника установи виконання покарань/слідчого ізолятору ДКВС України, на вас покладаються обов'язки зберігати контроль над ситуацією та поведінкою пацієнтів. Ваша особиста поведінка, певні реакції не повинні створювати ризики для безпеки у відділенні соціально-психологічної служби/закладі. Насамперед, це робота, спрямована на запобігання напруженню, агресії та насильству – як у колективі між засудженими/ув'язненими, так і у взаємодії між персоналом і даною категорією осіб. Тобто ваш підхід до врегулювання можливих конфліктів і проявів агресії повинен відповідати вашим професійним завданням.

Конкретна ситуація

Виконуючи свої обов'язки, у кожній ситуації ви маєте враховувати режим вашої установи. Іноді на певні ваші рішення можуть впливати рішення інтрадисциплінарної команди. Ви також повинні брати до уваги конкретні обставини та конкретну особу.

Ваші особистісні якості

Ваша реакція на агресивну поведінку також залежить від ваших особистісних якостей – характеру, виховання, настрою тощо. Але важливо знати, що ці персональні особливості не повинні мати домінуючу роль. Ви повинні відокремлювати спонтанні емоційні реакції та мати «холодну голову» в напружених / конфліктних ситуаціях. Для цього необхідне вміння розпізнавати ці первинні спонтанні емоційні реакції, контролювати їх, відокремлюватися, зосереджуватися на раціональних емоціях і управляти своїми діями.

3.3.2 Професійний підхід до агресії

Застосовуючи дійсно професійний підхід до управління агресією постфактум, ви маєте вміти проаналізувати те, як діяли в конкретній ситуації та чому саме так.

Професійні дії в разі агресії – це не вроджена навичка, їм потрібно навчатися. Бажано опанувати декілька способів реагувати на агресію. Зазвичай легше за все використовувати ту стратегію, яка найбільш відповідає вашим персональним особливостям. Але разом із тим буде корисним засвоювати й нові стратегії. У разі повторного використання вивчених моделей реагування на агресію зникає відчуття їх неприродності й театральності. Коли прийом буде цілком засвоєно, ви помітите, що ваші дії стали спонтанними й професійними.

Способи професійного управління агресією

Є різні способи професійного управління агресією та конфліктами.

В одних випадках можливо вказати засудженому/ув'язненому на існування певних правил та на його обов'язок їх виконувати, а також простежити за тим, щоб це дійсно виконувалося.

В інших випадках, напевно, кращою стратегією буде проігнорувати небажану поведінку (на початку) та обговорити із засудженим/ув'язненим. Під час такої розмови може бути досягнуто домовленостей і встановлено робочі стосунки.

Іноді, щоб забезпечити контроль над ситуацією, потрібен і фізичний вплив.

Отже, ми відносимо до професійних дій різноманітні стратегії та варіанти поведінки.

Надалі ми розглянемо два способи професійного управління агресією: заспокоєння та конфронтацію.

Заспокоєння

Засуджений/ув'язнений, який проявляє агресію, насправді перебуває під впливом емоцій. У такому стані він моторно збуджений, наприклад, ходить із кутка в куток і в цей момент не має змоги чітко думати й оцінювати ситуацію. В такому випадку завдання співробітника установи – намагатися заспокоїти пацієнта, привести його до тями.

Заспокоєння передбачає вислуховування: виливання гніву, випуск пари та управління: обговорення питань, що стосуються емоцій і фактів. Мета: втихомирити засудженого/ув'язненого й повернути йому ясність мислення. Так ми досягаємо загашення емоційного вогнища та моторного збудження.

Заспокоєння досягається в такий спосіб:

- Ігнорування боротьби;
- Встановлення контакту;
- Активне вислуховування.

Конфронтація

Конфронтація полягає в тому, щоб чітко вказати засудженому/ув'язненому, яка його поведінка є неприйнятною для вас, а що є допустимим. Мова може йти про необхідність виконання встановлених правил в установі, або про те, як йому треба поводитися саме з вами.

Зниження рівня агресії

Якщо під час конфронтації ви помічаєте, що ступінь напруження засудженого/ув'язненого занадто високий, треба знизити рівень агресії. Наприклад, додати спокійним, але впевненим тоном: «Я розумію, що зараз про це говорити не має сенсу...», а далі йтиме: «...але...».

«Я-повідомлення»

Однією зі стратегій конфронтації без значного підвищення рівня агресії є вживання в процесі комунікації особистого займенника «я» замість займенників третьої особи. У такому випадку ви не кажете загальними словами від імені когось іншого. Ви заявляєте виключно від свого імені. Також замість категоричних висловлювань на кшталт «Не можна!» краще використовувати менш різкі фрази: «Я не можу для вас цього організувати».

«Я-повідомлення» протистоять «Ти-повідомленням».

«Ти-повідомлення» нерідко несуть засуджувальний характер («ти вже втомив») або звучать як наказ («ти мусиш...»). Звернення в такій формі сприяють підвищенню рівня агресії. Є велика різниця між «Завтра о десятій бути тут!» і «Я хотів би, щоб ви були завтра тут о десятій».

Схема реакцій на експлозивну й зухвалу поведінку

БІГТИ	Утримання контролю над собою відповідно до стратегії професійної поведінки Фізичні та психічні навички ОЦІНКА: сторони конфлікту, предмет суперечки, історія, контекст	БИТИСЯ
СТРАТЕГІЇ		
ЗАЛУЧИТИ ФІЗИЧНУ СИЛУ	Заспокоєння та конфронтація уникнення боротьби або несподіваних реакцій, налагодження контакту, активне слухання, конфронтація, завершення та оцінювання	

РОЗДІЛ 4. ПІДГОТОВКА ЗВІТУ

Ваші професійні обов'язки серед іншого включають необхідність здійснення спостереження за поведінкою засудженого/ув'язненого. В окремих випадках виникає необхідність здійснення прицільного та більш ретельного спостереження за поведінкою того чи іншого засудженого/ув'язненого. Варто звернути увагу, що інформація, яку ви отримуєте, здійснюючи таке спостереження, корисна не тільки для вас, вона знадобиться й вашим колегам.

Крім того, у ваших спостережень є ще одна важлива функція. Фіксація змін у поведінці впродовж певного часу допоможе скласти цілісну картину щодо поведінки засудженого/ув'язненого. Ця картина потрібна передусім для того, щоб визначити, у яке відділення соціально-психологічної служби помістити або в яку іншу установу необхідно перевести конкретного засудженого/ув'язненого.

Також така інформація корисна для визначення типу й змісту соціально-психологічного супроводу засудженого під час відбування покарання.

4.1. Сприйняття

Сприйняття в загальному розумінні можливо описати, як пропускання через органи сприйняття різних сигналів із довкілля. Різновидами сприйняття є зір, слух, смак, дотик, нюх.

Ми постійно отримуємо сигнали із середовища довкола себе та сприймаємо їх. Можливо виділити сприйняття в конкретному значенні, наприклад, ми бачимо людину, або в абстрактному розумінні – ми відчуваємо загальну атмосферу в кімнаті.

Ми постійно щось сприймаємо, та цей акт не завжди є усвідомленим. Крім того, сприйняття може бути сфокусованим, коли ми свідомо звертаємо на щось увагу, наприклад: скільки засуджених перебуває у відділенні соціально-психологічної служби в кімнаті, який у них настрій, яка загальна атмосфера в приміщенні.

Селективне сприйняття

Не всі люди однаково сприймають одну й ту ж ситуацію. Сприйняття селективне. Часто персональні особливості, загальний контекст тощо, визначають, на які аспекти буде більше зосередження, а які залишаться непоміченими. Такими факторами впливу можуть бути особиста зацікавленість, досвід, професіоналізм, упередження. Складно й навіть не завжди можливо, щось змінювати в цьому напрямі, але важливо, щоб ми мали на увазі можливість таких впливів.

4.2. Спостереження

Спрямоване сприйняття називається спостереженням. За результатами ваших спостережень і спостережень ваших колег буде складатися об'єктивний образ особистості засудженого/ув'язненого. .

4.3. Написання звіту

Підготовка звіту – це письмове викладення ваших спостережень. Формування звітів необхідне для передачі інформації щодо фактів і подій вашим колегам.

4.4. Суб'єктивне – об'єктивне

Якщо ви спробуєте скласти письмовий звіт, то швидко зрозумієте, що описати зовнішність, послідовність події, зміни в поведінці засудженого/ув'язненого – це доволі складна справа. Ви можете описати події, поведінку тощо з позиції, як ви це бачите, але інша людина, яка буде читати ваш звіт, може зрозуміти інформацію зовсім інакше й не так, як ви мали на увазі.

Це пов'язано з тим, що ми схильні фіксувати інформацію не у вигляді конкретного фактажу (об'єктивні дані), а у вигляді наших особистих висновків щодо подій (суб'єктивно).

Сприйняття й інтерпретація

Наприклад, людина хоче до вас звернутися, але підходить нерішуче, ніби вагаючись, з дещо розгубленим виразом обличчя, і запитує тихим, невпевненим голосом. Ми могли б інтерпретувати таку поведінку й припустити, що маємо справу з боязкою особою. Натомість не потрібно інтерпретувати, необхідно фіксувати виключно факти. Наприклад, правильним буде запис: «Він жбурляє ногами стільці та грюкає дверима», і неправильно буде записати в такому випадку: «Він агресивний».

Пишучи звіт, ми мусимо пам'ятати про те, що в особи, яка буде його читати, повинна скластися настільки ясна картина ситуації, щоб не було необхідності доповнювати ваш текст своїми інтерпретаціями.

Наше сприйняття може бути суб'єктивним, однак наше письмове викладення мусить бути максимально об'єктивним.

4.5. Факти й думки

Факти

Щоб формувати об'єктивні висновки, потрібно знати, у чому різниця між фактом і думкою.

Факти – це конкретні дані, які можливо перевірити, наприклад:

- Засуджений важить 100 кг;
- Засуджений дивиться в очі під час розмови;
- Сьогодні вранці між засудженими пройшов турнір із настільного тенісу.

Думки

Думки неможливо перевірити і стверджувати про їх безапеляційність. З думкою можливо погоджуватися або не погоджуватися.

Приклади думок:

- Засуджений має зайву вагу;
- Засуджений поводить себе чужою;
- Атмосфера у відділенні тиха й спокійна.

Деякі фрази, які на перший погляд схожі на факти, все ж таки є прихованими думками. Якщо бажаєте уточнити, чи маєте

ви справу з думкою, спробуйте додати до основної фрази «Я так вважаю» або «Мені здається».

Факти завжди є об'єктивною категорією. Після усвідомлення цього спробуйте викласти необхідну інформацію на папері саме у вигляді фактів. Попри те, що спокуса використовувати думки може бути великою, не варто факти переводити в думки.

Приклад:

Засуджений кинув їжу на підлогу. (факт)

Засуджений страйкував проти наявних у установі правил внутрішнього розпорядку (думка).

Завдання 1

Визначте характер наведених нижче висловлювань, чим вони є – фактами чи думками.

1. Це вкрай складне завдання було виконано з великим ентузіазмом.
2. Мої окуляри необхідно протерти.
3. Чоловіки ніколи не можуть знайти свої речі.
4. Кінь – це парнокопитна тварина.
5. Скорочення робочого часу – хороша справа.
6. 15% мого робочого часу займають різні наради.
7. Сам ув'язнений та його камера – брудні.
8. У країні більше засуджених чоловічої статі, аніж жіночої.
9. Зараз йде нудний фільм.
10. Щодня в персоналу йде пів години на підйом засуджених зранку.
11. Упродовж багатьох століть жінкам було заборонено займатися спортом.
12. Із засудженими чоловічої статі легше працювати, ніж із засудженими жінками.
13. Ув'язнений Н. агресивний до співкамерників.
14. Учора двоє ув'язнених скоїли втечу.

4.6. Висновки

Люди схильні «читати поміж рядків» і доповнювати надану інформацію своїми домислами. Вони легко висувають припущення, а іноді навіть роблять висновки, які

базуються не на фактах. Однак такі висновки можуть виявитися неправильними.

Завдання 2

Метою цього завдання є оцінити, наскільки швидко ви робите висновки й на чому вони ґрунтуються.

Уважно прочитайте наведену нижче історію. Далі пропонуємо вам ознайомитися з дев'ятьма твердженнями та вказати щодо кожного з них, правильне воно, на ваш погляд, чи ні.

Можливо, щодо деяких тверджень ви матимете сумніви й не зможете дійти однозначної думки. У такому разі поставте позначку «складно сказати».

Історія: *Олена купує квиток і проходить на четверту платформу. Вона сідає на поїзд, який їде в напрямку Вінниці. Раптом жінка помічає свою подругу Надію. Вони домовляються їхати разом. У дорозі приятельки вирішили перекусити. Печиво несвіже й віддає затхлістю.*

Відповіді:

- 1. Правильно: про це прямо написано в історії.
- 2. Складно сказати: зазначено, що Олена купила квиток, однак немає прямої вказівки на те, що це був квиток на поїзд. Вона могла, наприклад, купити лотерейний квиток.
- 3. Складно сказати.
- 4. Правильно.
- 5. Правильно.
- 6. Неправильно: печиво несвіже, воно віддає затхлістю, але не зазначено, що воно непридатне для їжі.
- 7. Складно сказати: у тексті не вказано, що Олена рада зустрічі з подругою.
- 8. Складно сказати: можливо, печиво було взято з дому.
- 9. Складно сказати: можливо, Надія була на платформі, коли Олена її побачила.

№ з/п	Твердження	Правильне	Неправильне	Складно сказати
1	Олена й Надія – подруги.			
2	Олена купила квиток на поїзд, але чи є квиток у Надії, незрозуміло.			
3	Вони купили якусь їжу на станції.			
4	Олена та Надія їдуть у напрямку Вінниці.			
5	Подруги їдуть поїздом.			
6	Печиво непридатне для їжі.			
7	Олена рада зустрічі з подругою.			
8	Куплене печиво віддає затхлістю.			
9	Надія вже була в поїзді.			

ЧАСТИНА 2. ПСИХОПАТОЛОГІЯ

РОЗДІЛ 1. ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ

1.1. Основні поняття

Розділ «порушення поведінки, зумовлені психічними розладами» присвячений засудженим/особам, взятим під варту, які мають психічні розлади. На сьогодні до цієї категорії зараховують приблизно 20% засуджених/осіб, взятих під варту. Очікується, що їх кількість буде збільшуватися. В останні роки зауважують на зростанні тяжкості розладів, і ми також помічаємо, що часто одна особа має одразу декілька психічних розладів.

Сам термін «порушення поведінки, зумовлені психічними розладами», вказує на те, що причина порушення поведінки полягає в психічному функціонуванні. Визначення термінів «психічне функціонування» та «психічний розлад» викладено нижче. В підрозділі 1.2. наведено різницю між «порушеннями поведінки» й «поведінкою, що виходить за рамки».

Психічне функціонування

Під психічним функціонуванням ми розуміємо:

- здатність сприймати зовнішній світ через органи чуття, тобто бачити, чути, відчувати на смак, на дотик, на запах;
- здатність думати, фіксувати інформацію в пам'яті і згадувати її, формувати асоціації, тобто встановлювати зв'язки між предметами й подіями, міркувати, аналізувати, фантазувати;
- здатність відчувати, тобто переживати емоційні пориви, весь спектр відчуттів та настрою;
- здатність бажати, тобто задавати напрямок своїм діям і думкам.

Психічне функціонування визначає нашу поведінку. У практичному полі з засудженим/ув'язненим ми, які страждають на психічні розлади, безпосередньо працюють дві основні групи фахівців, а саме психологи та лікарі-психіатри. Останні намагаються вилікувати психічний розлад, від якого страждає сама особа та інші особи, що її оточують. Психолог намагається навчити таку особу використовувати більш ефективні моделі поведінки. Психіатр, як і лікар будь-якої спеціалізації, намагається вилікувати пацієнта, найчастіше призначаючи медикаменти.

Психічний розлад

У цьому розділі ми будемо виходити з такого визначення психічного розладу:

Психічний розлад – це порушення психічного функціонування, яке спричиняє страждання як самої особи, так і її оточення.

Людина з психічними розладами не може поводитись так, як їй хотілося б. Саме тому в певному сенсі таких осіб можна вважати особами з обмеженими можливостями. Як було зазначено вище, особи з психічними розладами страждають самі, а часто від їхньої поведінки та вчинків можуть страждати й інші. Якщо особа з психічними розладами усвідомлює, що з нею не все гаразд, ми можемо сказати, що вона має критику до свого стану.

1.2. Нормальне й ненормальне (аномальне)

Норми

Якщо нас не влаштовує поведінка іншої людини, ми кажемо: «Поводься як треба». Тобто, оцінюючи поведінку людини, використовуємо терміни «нормально» чи

«ненормально». Що ж насправді означають ці терміни? «Нормально» означає, що людина поводить відповідно до норм, прийнятих у конкретній групі, у конкретному місці, у конкретний час. Отже, норма – це правила поведінки, яких дотримується більшість у певній соціальній групі. Ми виходимо з того, що діють певні правила, обов'язкові для виконання. Зрозуміло, що можуть бути деякі розбіжності, скажімо, у великому місті й у маленькому селі, але все ж таки більшість норм єдина для всіх у спорідненому соціумі.

Приклади загальних норм:

- Користування під час їжі столовими приборами (виделкою, ложкою, ножом);
- Використання одягу;
- Користування туалетом для задоволення фізіологічних потреб.

Коли ми говоримо про норми, важливо мати на увазі два аспекти:

Вони діють тут, тобто в інших країнах/ регіонах у людей можуть бути інші норми й цінності;

Вони діють нині, тобто, наприклад, п'ятдесят років тому люди мали інші норми й цінності.

Під ненормальним або таким, що виходить за рамки, ми розуміємо певне відхилення від норм, але тих, які діють у цьому місці й у цей час.

Приклади ненормальної поведінки або поведінки, що виходить за рамки:

- Чоловік, який носить спідницю;
- Підліток, що грає в футбол у команді Європейської ліги;
- Задоволення фізіологічних потреб у громадському місці;
- Людина, яка їсть макарони руками.

Треба мати на увазі, що поняття «неправильна поведінка», «ненормально», «поведінка, що виходить за рамки» не зовсім збігаються за своїм сенсом і в різних культурах можуть використовуватися в різних контекстах. Насамперед пам'ятайте: не потрібно кожного, хто поводить інакше

чином, ніж прийнято, вважати особою з розладами.

Ще одна різниця між «неправильною поведінкою» та «поведінкою, що виходить за рамки» лежить у полі концепції свободи вибору. Кожен має вибір поводитися відповідно до чинних норм або ні. Особа, яка страждає на психічний розлад, такого вибору не має.

1.3. Основні групи розладів

Порушення поведінки у всіх проявляються по-різному, однак, окрім серйозних індивідуальних розбіжностей, є й загальні риси. На основі цих загальних рис психічні розлади можна умовно розділити на три основні групи.

Психічні розлади

а) Психотичні розлади (психози).

Характерною особливістю таких станів є те, що особа не може контролювати свою поведінку, вона занурена у свій хворобливий світ, та нерідко це навіть ускладнює контакт із такою особою;

б) Розлади настрою.

Розлади настрою – це такі розлади, за яких втрачається зв'язок між настроєм і тим, що відбувається з людиною.

Тривожні розлади

Ми кажемо про тривожний розлад, якщо особа відчуває тривоги більше, ніж вона може подолати. Такі розлади можуть виникати внаслідок перенесення важких стресових подій, таких як дорожньо-транспортні пригоди, взяття заручників, напад агресивної собаки, побиття тощо, але не виключно. Прикладами тривожних розладів є різні види фобій, наприклад, страх висоти, страх замкнутого простору тощо.

Особистісні розлади

Це такий вид розладу, з яким людина може жити все життя й навіть не звертатися до лікаря. Іноді буває так, що захворювання починає давати про себе знати в

період статевого дозрівання або в інші перехідні періоди й у разі складних життєвих ситуацій. Про таких людей часто кажуть, що вони мають «дефект характеру».

Розлади, з якими ми стикаємося в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України, найчастіше спричинені серйозними недоліками виховання, зокрема жорстоким поводженням у дитячому віці, занедбаністю в ранньому дитинстві тощо. Нерідко в однієї особи може виявлятися декілька розладів із різних груп одночасно.

Більш детально ці три основні групи розладів будуть розглядатися в *розділі 2*.

1.4. Осудність

Якою мірою особа несе відповідальність за свої вчинки? У принципі, суддя виходить із того, що правопорушник повинен відповідати за своє діяння. У деяких випадках суд ухвалює рішення щодо часткової осудності або неосудності правопорушника. Причиною часткової осудності або неосудності є наявність психічних розладів у делінквента.

Зв'язок між розладом та злочином (деліктом)

Психічний стан підозрюваних досліджують спеціалісти в галузі судової психіатрії та кримінальної поведінки. Вони оцінюють, чи є зв'язок між психічним розладом і скоєним деліктом.

У разі виникнення в слідчого підозри щодо наявності в особи психічного розладу він може запросити проведення судово-психіатричної експертизи за участі декількох спеціалістів із цього питання. Найбільш частими запитаннями, які ставить слідчий є*:

1. Якою особистістю є підозрюваний?
2. Чи може підозрюваний нести повну відповідальність за скоєний делікт?
3. Якими були мотиви скоєного делікту?

* Примітка: Наведені запитання типові для Королівства Нідерландів і децю відрізняються від української практики.

4. Чи може він скоїти знову подібний делікт, тобто чи є ймовірність рецидиву?

Зазвичай запит на проведення судово-психіатричної експертизи робиться в разі скоєння тяжких деліктів. Спеціалісти в галузі судово-психіатричної експертизи й поведінки проводять огляди й співбесіди, за результатами тестувань і спостереження за поведінкою піддослідного намагаються відтворити образ його життя й визначити ступінь осудності. Треба розуміти, що висновки експертів мають рекомендаційний характер. Рішення про осудність ухвалює суд.

Неосудність

Неосудність означає, що особа, яка скоїла делікт, не могла усвідомлювати свої дії, не несе відповідальності за скоєне, не притягується до відповідальності й звільняється від судового переслідування. Якщо особу визнано неосудною, до неї застосовуються примусові заходи медичного характеру, а саме стаціонарне психіатричне лікування.

1.5. Зростання кількості засуджених із психічними розладами в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України

Кількість осіб із психічними розладами серед засуджених/ув'язнених зростає. Крім того, розлади стають більш тяжкими. Відсоток осіб, які страждають на тривожні й особистісні розлади, зберігається приблизно на однаковому рівні, при цьому зростання відбувається через збільшення кількості випадків із психотичними розладами.

Цим тенденціям можна дати таке пояснення:

- Раніше осіб із психічними розладами (серед них агресивна поведінка) легше було госпіталізувати до психіатричної лікарні. Нині це набагато складніше.

Захист прав осіб із психічними розладами має як позитивні, так і негативні сторони. Колись сусіда, який погрожує сокирою, легше було госпіталізувати до психіатричного стаціонару й запобігти ймовірному жахливому сценарію. Сьогодні це зробити набагато складніше**.

- Є група пацієнтів, які лікуються в психіатричних закладах, але без досягнення якісних та стійких результатів.

*** Примітка: В Україні з початку 2000-х років діє Закон «Про психіатричну допомогу», який чітко регламентує процедури проведення психіатричного огляду, госпіталізації до психіатричного стаціонару й надання лікування. Усі ці процедури проводяться виключно за усвідомленою згодою особи з психічними розладами. Тільки в деяких випадках, визначених цим Законом та іншими законами й законодавчими нормами України, огляд, госпіталізація та лікування проводяться без усвідомленої згоди особи. Однією з причин для примусової госпіталізації особи без її усвідомленої згоди є агресивна поведінка з боку такої особи. Рішення щодо госпіталізації особи до психіатричного стаціонару без її усвідомленої згоди виноситься судом за поданням закладу для надання психіатричної допомоги.*

Незважаючи на це, такі особи також рано чи пізно виписуються з лікарні додому. Частина таких резистентних до лікування пацієнтів надалі потрапляють у поле системи юстиції.

- Алгоритм надання психіатричної допомоги агресивним пацієнтам, передусім у частині організації цього виду допомоги в системі юстиції, не адаптований і складний для реалізації.
- Зростає кількість психіатричних пацієнтів, які паралельно починають вживати психоактивні речовини, що поглиблює проблеми й нерідко призводить до формування кримінальної поведінки.
- Крім того, вживання деяких психоактивних речовин, наприклад, кокаїну, може спровокувати розвиток психотичної симптоматики в осіб, які раніше таких розладів не мали.

РОЗДІЛ 2. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Особи, які страждають на психічні розлади, викликають в інших певний страх. Довгий час під слушним приводом таких осіб ізолювали від громади. Вони вважалися непередбачуваними, незручними й такими, що можуть бути джерелом агресії. При такому підході найбільш відповідним місцем для таких осіб вважалася тиха місцина десь подалі від населених пунктів і громадських місць. Якщо ми подивимося на розміщення старих психіатричних закладів у різних країнах світу, то побачимо певну закономірність, яка підтверджує зазначений вище підхід.

Розроблення нових методів лікування, впровадження в практику нових ліків і вдосконалення амбулаторного супроводу пацієнтів наблизило їх до суспільства.

Пацієнти з психічними розладами – переважно вкрай вразливі особи, які не можуть або практично не можуть жити без зовнішньої допомоги й супроводу. Найбільш яскравим станом є психоз – гострий розлад, який супроводжується тривогою, порушеннями сприйняття й контакту з реальністю (цьому стану присвячено *підрозділ 2.1.*).

Крім розладів психотичного спектру, ми стикаємося також із розладами настрою. Настрій може бути зниженим, пригніченим – депресія, і підвищеним, з надмірною активністю – манія. Якщо ці періоди чергуються між собою, ми кажемо про наявність біполярного афективного розладу (цей стан буде розглянуто в *підрозділі 2.5.*).

2.1. Психотичні розлади

Для психотичних розладів, крім іншого, характерні:

1. Порушення контакту з реальністю;
2. Зниження рівня догляду за собою;
3. Відсутність або зниження у засудженого/ув'язненого критики щодо його стану та наявності хвороби.

Порушення контакту з реальністю

Особи в психозі сприймають дійсність не так, як «нормальні» люди. У них змінений контакт з реальністю, передусім унаслідок порушень сприйняття у вигляді галюцинацій та мислення у вигляді маячіння.

Зниження рівня догляду за собою

Найчастіше особи в психотичному стані припиняють цікавитися своїм зовнішнім виглядом і, як наслідок, недостатньою мірою доглядають за собою. Вони не миються, забувають або не бажають переодягтися в чистий одяг, від них погано пахне. Такі люди також не стежать за порядком у камері.

Часто не регулярно харчуються та мають проблеми зі сном.

Відсутність або недостатня критика до свого стану

Якщо у засудженого/ув'язненого тяжкий психоз, він не розуміє, що перебуває у хворобливому стані. Особисті переживання сприймаються як реальність.

2.1.1. Розлади сприйняття (галюцинації)

Галюцинації – це розлад сприйняття, тобто людина сприймає те, чого в реальності не існує. Галюцинації рідко бувають приємними. Вони викликають у пацієнтів страх, підозрілість. Такий симптом часто пов'язаний із будь-яким органом чуття. Це можуть бути:

- Зорові галюцинації: особа бачить предмети, людей, тварин, яких насправді в приміщенні немає. Іноді це можуть бути химерні образи або паразити, змії на підлозі, комахи на стінах, фігури чортів, але все це спричиняє потужні емоції вираженого страху й тривоги.

- Слухові галюцинації: феномен, коли особа чує звуки, яких не існує в реальності. Часто це «голоси». Іноді вони звучать всередині голови, іноді зовні. Дуже неприємно та страшно, коли «голоси» починають сварити. Небезпечно, коли починають керувати особою, яка їх чує (наказують, що потрібно зробити). У таких випадках кажуть про імперативні галюцинації. Наприклад, «голоси» можуть наказати підпалити себе або напасти на когось.
- Тактильні галюцинації: особа відчуває на поверхні свого тіла або всередині конкретних об'єктів, які насправді відсутні. Найбільш відомий приклад, коли особа відчуває, що по тілу хтось повзає.
- Нюхові галюцинації: особа відчуває запахи, джерело яких відсутнє. Найчастіше нюхові галюцинації представлені неприємними запахами. Наприклад, ув'язень може відчувати запах газу в камері або сморід від гниття плоті.
- Смакові галюцинації: особа може відчувати, що їжа зовсім не має смаку, або має неприємний смак. Часто відчуючи зміну смаку їжі, засуджений/ув'язнений починає думати, що ця їжа отруєна. Це приклад того, як від смакових галюцинацій починає формуватися маячіння отруєння (дивіться п. 2.1.2. «Розлади мислення»).

2.1.2. Розлади мислення (маячіння)

Маячні ідеї – це помилкові переконання особи, які базуються на неправильних висновках про реальність. Для маячних ідей характерно те, що особу неможливо переконати, навіть якщо наводити факти, які доводять зворотне. Нерідко намагання довести помилковість маячних ідей за допомогою фактів призводить до зворотного ефекту – маячні думки тільки закріплюються.

Нижче наводяться деякі приклади маячних думок:

Маячіння переслідування: особа має впевнене відчуття того, що за нею хтось стежить, переслідує, намагається вбити, погрожує, замислює щось проти тощо.

Маячіння величі: особа має дуже велике відчуття особистої значущості, величі або надважливих знань. Наприклад, ув'язнений із середньою освітою пише лист Прем'єр-міністру в повній упевненості в тому, що той запросить його в команду радником із питань реорганізації роботи в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України.

2.1.3. Причини психотичних розладів

Є три основні причини психозів:

1. Значуща негативна подія;
2. Індивідуальна схильність;
3. Ураження головного мозку.

Значуща негативна подія

У особи може виникнути гострий психоз внаслідок впливу несприятливих життєвих обставин, життєвих проблем. У нашому випадку сам факт потрапляння до установи може стати причиною виникнення психозу. Тривалість такого психозу може бути від кількох днів до кількох тижнів. Поведінка засуджених/ув'язнених у психозі може бути різною. Одні можуть ставати дуже підозрілими, інші – пригніченими, треті – занадто активними, і їх складно утримати. Хай якою є поведінка засуджених/ув'язнених у стані психозу, для них самих психоз видається дуже серйозним досвідом.

Варто зазначити, що психоз, який виникає внаслідок негативних, стресових подій, легко піддається лікуванню за допомогою медикаментів і психотерапії.

Індивідуальна схильність

Якщо зовнішні причини виникнення психозу явно не просліджуються, можливо припустити, що причиною виникнення психозу є внутрішні чинники, індивідуальна схильність. Такі психози найчастіше тривають значно довше порівняно з психозом, що зумовлений зовнішніми факторами. Стани загострення психотичної симптоматики в таких випадках можуть тривати від одного тижня до кількох місяців. Іноді періоди загострень у більш або менш тяжкій формі систематично повторюються впродовж усього життя людини.

Якщо такий психоз продовжується більш ніж 6 місяців поспіль, встановлюється діагноз «шизофренія». Шизофренія нерідко трапляється в соціумі. На цю хворобу страждає близько 1% населення.

Характерною рисою засуджених/ув'язнених, що страждають на шизофренію, є те, що з ними складно встановити хороший особистий контакт. У таких людей нібито відсутні емоції. Вони часто стають безхатками. Своєю чергою безхатки, які страждають на шизофренію, вживають наркотичні речовини або алкоголь. Навіть в ієрархії волоцюг і споживачів наркотиків вони займають останні сходинки. Такі люди однаковою мірою стають як порушниками, так і жертвами деліктів.

Нерідко такі форми психозів виявляються невиліковними, тобто хронічними, але разом із тим правильна організація щоденної активності й постійний прийом підтримувальної терапії допомагає значно покращити стан таких осіб.

Органічні ураження головного мозку

Причиною розвитку психотичного розладу може бути органічне ураження головного мозку, зокрема як результат вживання алкоголю або наркотиків. У разі надмірного вживання алкоголю дуже часто відбувається органічне пошкодження головного мозку. Дуже часто таке ураження може бути представлено дефектами пам'яті – Корсаковським синдромом*.

У зв'язку з високим ступенем втрати спроможності до самообслуговування та забезпечення своїх основних життєвих потреб особи з Корсаковським синдромом не можуть перебувати в місцях позбавлення волі.

Як уже було зазначено вище, психотичні розлади також можуть виникати внаслідок вживання наркотичних речовин. Так, систематичне вдихання клею або летючих розчинників може призвести до ураження певних ділянок головного мозку.

* Примітка: синдром Корсакова, Корсаковський синдром – амнестичний синдром, різновид органічного амнестичного синдрому, який виникає внаслідок нестачі вітаміну В1 на фоні травм, пухлин головного мозку, гострої гіпоксії, судинних порушень головного мозку та нейродегенеративних процесів. Також синдром Корсакова може виникнути внаслідок хронічного алкоголізму – алкогольний Корсаковський синдром.

Довготривале вживання кокаїну або інших психостимуляторів може спричинити розвиток маячіння переслідування.

2.2. Афективні розлади

Наш настрій змінюється відповідно до ситуації. Тобто ми можемо радіти після успішного складання екзамену або перемоги улюбленої футбольної команди, а неприємна подія, навпаки, може нас на день або декілька вибити з колії. Більш значущі події, такі як, наприклад, смерть близьких, можуть занурити нас у реакцію горювання навіть на тривалий час. Але все це не є розладом. Це нормальні людські реакції на певні події.

Настрій не відповідає причині

Про афективний розлад ми можемо говорити у випадку, коли настрій не відповідає ситуації, а саме афективна реакція значно перевищує сам стимул або вона затягнута в часі.

Є три основних афективних розлади, не пов'язаних із зовнішніми обставинами, тобто ендогенні:

- Депресивний розлад;
- Маніакальний розлад;
- Біполярний, або маніакально-депресивний розлад.

Ці три види розладів будуть розглянуті нижче.

2.3. Депресивний розлад

У місцях позбавлення волі часто спостерігаються випадки депресивного розладу або депресії. Люди з депресивними станами трапляються часто й поза пенітенціарною системою. Вважається, що це найбільш поширений психічний розлад.

У разі депресії основними є відчуття пригніченості, невпевненості, безпорадності й відчаю. Такі особи похмуро дивляться на світ і страждають від відчуття особистої неповноцінності. Вони здаються слабкими й вимученими. Їхнє мислення сповільнене, їм складно концентруватися.

При тяжких депресіях можуть навіть спостерігатися психотичні включення.

У разі тяжкої депресії ми спостерігаємо такі симптоми:

- повна втрата зацікавленості практично будь-чим;
- відсутність задоволення від занять, які раніше приносили задоволення;
- відчуття пригніченості більш виражене вранці, аніж увечері;
- порушення сну, насамперед ранішні пробудження;
- втрата ваги через зниження апетиту.

Зниження рівня соціальної взаємодії

Особи в депресії зазвичай мовчазні. Якщо вони й починають підтримувати спілкування, то це будуть теми минулих подій, які викликають їхню тривогу, а також у рамках інших хворобливих або навіть маячних переживань. У зв'язку з пригніченістю особи з депресією не мають потреби у спілкуванні з іншими, а тому стають ще більш самотніми.

Бажання померти

Особи в депресивному стані можуть мати бажання померти. Думки про смерть, зважування ідеї піти з життя або формування конкретного плану та його впровадження в дію називається суїцидальністю.

Депресивні стани, серед іншого, можуть виникати в рамках реакції на тяжкі зовнішні події, а також бувають наслідком певної схильності.

2.4. Маніакальний розлад

Маніакальний розлад, або манія, у формальному розумінні є станом, протилежним до депресії.

Вербальна й моторна розгальмованість

Специфічним для манії є вербальна й моторна (рухлива) розгальмованість. У такому стані ув'язнений багатомовний і його складно перервати або зупинити. Він весь час чимось зайнятий і водночас упевнений, що може майже все на світі.

Загалом особи в маніакальному стані почуваються добре, однак у зв'язку з підвищеною активністю і неадекватною оцінкою дійсності вони часто бувають залучені в конфліктні ситуації. У таких випадках піднятий настрій швидко змінюється на гнів, з яким складно впоратися. У разі маніакальних станів можуть поєднуватися і психотичні включення, найчастіше у формі маячіння величі.

У разі легких форм манії в'язні також надмірно жваві й активні, але вони легко коригуються, тому не заважають загальному порядку за такої легкої форми манії.

2.5. Біполярний, або маніакально-депресивний розлад

Для цього виду розладу характерним є чергування періодів маніакального й депресивного станів. Водночас між цими станами бувають періоди нормального функціонування засудженого/ув'язненого. Як у маніакальній, так і в депресивній фазі може бути наявною і психотична симптоматика, але це не обов'язково. У таких варіаціях розвитку захворювання відіграє велику роль певна схильність. Варто зазначити, що особа, котра страждає на біполярний розлад, за умов систематичного прийому підтримувального медикаментозного лікування, доволі успішно функціонує в суспільстві.

Осіб, які страждають на біполярний розлад, доволі часто можна зустріти в установах виконання покарань/слідчих ізоляторах ДКВС України, бо в маніакальній фазі вони можуть скоїти делікт. Наприклад, шахрайство**.

Як і шизофренія, біполярний розлад є хронічним психічним розладом, тобто таким, який триває все життя особи.

** Примітка: Особи в гіпоманії, перебуваючи у хворобливому стані, в якому вони мають стійку впевненість у тому, що їхні здібності й можливості не знають меж, можуть брати кредити під «великий бізнес», стають жертвами різних шахрайських підприємств, здійснюють серйозні придбання та скоюють інші необдумані й українські ризиковані операції. Такі ситуації часто призводять до кримінальних правопорушень, потенційної небезпеки яких пацієнт не відчуває в такому стані.

РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМА СУЇЦИДАЛЬНОСТІ

У процесі своєї діяльності в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України ви можете стикатися з особами, які намагалися завершити своє життя самогубством або розглядали таку потенційну можливість. Такі ситуації, а особливо якщо спроби вдаються, мають сильний вплив на всіх навколо. Останнім часом кількість суїцидальних спроб зросла, і це ще одна причина більш ретельно розглянути цю тему. Знання предмета й здатність говорити про самогубство як з колегами, так і з засудженими/ув'язненими, сприяє значному зниженню кількості суїцидальних спроб. Така робота – це не тільки зниження негативних наслідків від перебування в місцях позбавлення волі (чим, безумовно, є суїцидальна спроба) для засудженого, але й досягнення кращого розуміння теми самогубства та його наслідків для вас особисто. Відомо, що до певного часу тема самогубства залишалася значною мірою «недозвеною».

У Королівстві Нідерланди щороку закінчують життя самогубством приблизно стільки ж людей, скільки гинуть у дорожньо-транспортних пригодах (близько 1500 осіб). Значно більша кількість людей скоюють незавершені спроби суїциду. Серед дітей суїциди трапляються рідко. Їхня кількість зростає в підлітковому віці, і така тенденція триває до молодого дорослого віку. Далі настає період стабілізації. Пізніше кількість суїцидів зростає серед осіб старшого віку, особливо серед чоловіків.

Суїцидальність – це думки про суїцид, зважування можливостей передчасного закінчення життя, а також планування дій та їх реалізація. Суїцидальними ми називаємо як тих осіб, котрі лише думають про самогубство, так і тих, що переходять до фактичних дій, направлених на виконання плану самогубства.

Коли людина тільки думає про самогубство, це означає, що в неї суїцидальні думки. Якщо особа реалізувала ці свої думки, але залишилася живою, ми кажемо про суїцидальну спробу. Якщо в результаті суїцидальної спроби людина загинула, це суїцид.

Також у цьому контексті можуть вживатися і інші терміни й вислови: думки про суїцид, ідеї суїциду, спроба заподіяти собі смерть, накласти на себе руки, піти з життя в результаті самогубства тощо. У цьому розділі ми будемо дотримуватися нейтральних термінів, утворених від слова «суїцид».

Говорячи про суїцидальну поведінку, ми беремо до уваги не тільки результат – померла людина або ні. Є також важлива різниця в самій меті такої поведінки. Іноді особа замислює суїцид зі стовідсотковим намаганням саме піти з життя, а іноді мотивом до самогубства є змішані відчуття щодо життя й смерті, але людина не впевнена до кінця чи дійсно вона бажає померти.

3.1. Суїциди в місцях позбавлення волі

Що кажуть про суїциди:

- Краще не заводити бесіди на тему суїцидів із засудженими/ув'язненими, бо це тільки може підвести до думок про суїцид.
- Особи, які мають намір накласти на себе руки, роздають свої речі й пишуть прощальні листи.
- Ув'язнений або засуджений, який погрожує заподіяти собі смерть, просто маніпулює іншими. Він намагається чогось досягти, не треба звертати на це увагу.
- Якщо засуджений одного разу вже скоював суїцидальну спробу, з великим відсотком імовірності він намагатиметься її повторити.
- Співробітник із досвідом може відрізнити справжню суїцидальну спробу від простого шантажу.

Подібні думки про суїциди часто доводиться чути серед працівників установ виконання покарань та слідчих ізоляторів ДКВС України. У наступних розділах ми розглянемо наскільки вони відповідають дійсності.

Кількість суїцидів у місцях позбавлення волі

Як демонструють ці дослідження, кількість самогубств від року до року змінюється, але чітко проглядається тенденція до зростання їх кількості.

Методи

Щоб скоїти суїцид, потрібні певні засоби, і вони повинні бути «під рукою». Поза місцями позбавлення волі є різноманітні методи для скоєння суїциду: як «жорсткі», так і «м'які». Часто використовують такі «жорсткі» методи: повішання, кидання з висоти або під поїзд, застосування вогнепальної зброї, утоплення, перерізання вен тощо.

До «м'яких» методів можна формально віднести: прийом великої дози медикаментозних препаратів, наркотику, отруєння газом тощо.

У місцях позбавлення волі варіанти вибору як покінчити із собою значно обмежені. Переважна частина суїцидів установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України (75%) відбувається через повішання. Для цього використовують рушники, одяг, постільну білизну тощо. Ковтання сторонніх предметів, прийом високих доз ліків і перерізання кровоносних судин трапляється рідше.

Суїцидальні думки

Конкретним діям, пов'язаним зі скоєнням суїцидальної спроби, передують роздуми про суїцид, і часто доволі довготривалі. Ці думки супроводжуються пригніченим настроєм. Для періоду роздумів про суїцид характерні такі прояви:

- думки особи поступово починають концентруватися навколо теми суїциду. Одночасно із цим процесом альтернативи суїциду одна за однією відпадають.

- особа дедалі більше ізолюється від свого оточення.
- агресія або пригнічується, або спрямовується на самого себе (заподіяння самоушкоджень).
- у своїх думках людина уявляє, в який спосіб вона може скоїти суїцид.

Після цього періоду нерідко настає фаза нерішучості: скоювати суїцид чи ні? Якщо рішення приймається на користь першого варіанту, далі йде фаза планування й підготовки самого акту.

Багато з осіб, узятих під варту, які перебувають у слідчих ізоляторах, проходять через такі думки про суїцид. Однак не всі з них переходять до наступної стадії – на шлях підготовки до суїциду. Здебільшого через деякий час усе ж таки приймають свою долю. Це не означає, що всі вони заспокоюються в цей момент. І дехто з узятих під варту сам визнає, що йому погано, на поганий стан декого звертають увагу працівники установ.

Не в усіх суїцидальних спроб є попередня історія. Іноді спроби суїциду відбуваються в паніці, імпульсивно й зовсім неочікувано.

Суїцидальна спроба: невдалий суїцид?

Вважається, що суїцидальна спроба, у результаті якої не настає смерть, є невдалою, невміло виконаною спробою. Разом із тим, якщо поспілкуватися з людиною після незавершеної спроби суїциду про те, навіщо вона таке вчинила, з'ясовується, що далеко не завжди в суїциданта було чітке бажання піти з життя. Дослідження в цій галузі виявляють багато різних мотивів:

- викликати в інших відчуття жалю або провини, налякати когось і в такий спосіб розрахуватися за щось;
- продемонструвати іншим ступінь свого відчаю, як крик про допомогу;
- вплинути на когось або змінити його думку;
- тимчасово вийти з нестерпної ситуації, звільнитися від нестерпно важкого емоційного стану;
- з'ясувати, чи дійсно інша людина тебе кохає;

- продемонструвати як сильно суїцидант кохає іншу людину;
- полегшити життя іншим, зняти з них тяжку ношу.

Багато людей із тих, що скоїли суїцидальну спробу, визнають: у момент спроби вони не хотіли жити. Але це не означає, що вони зовсім не хотіли жити. Щоб розібратися в ситуації, важливо обговорити цю тему з в'язнем. Непоганою можливістю для такої уважної бесіди може бути момент, коли засуджений/ув'язнений в'язень надходить до медичного закладу установи.

3.2. Причини

У кожного в житті бувають неприємності та невдачі, однак не всі реагують на них суїцидальністю. Справжня суїцидальність залежить від двох основних речей:

- Наскільки людина спроможна психологічно пропрацювати свої неприємності;
- Наскільки складна конкретна неприємність.

Стійкість

Відповідь на перше питання пов'язана з рівнем стійкості людини. Тут має значення індивідуальний підхід до вирішення проблем і, наприклад, зі схильністю людини звертатися по допомогу до інших (членів родини, друзів, знайомих, професійних служб із надання допомоги).

Важкість навантаження

Відповідь на друге питання пов'язана зі ступенем важкості навантаження на людину. Небезпечна ситуація виникає тоді, коли ступінь важкості ситуації перевищує індивідуальні можливості людини протистояти їй. У такому випадку може виникнути суїцидальна небезпека.

Нижче наведено деякі приклади життєвих складнощів:

- Загроза втрати честі й репутації;
- Загроза втрати соціального положення;

- Втрата близької людини (в результаті смерті, розлучення, переїзду тощо);
- Відчуття провалу, невдачі;
- Абстиненція на фоні вживання наркотичних речовин;
- Втрата здоров'я (також і психічного) або виявлення невиліковної хвороби.

У кожного в житті бувають ситуації, коли людина опиняється на межі своїх можливостей. За даними деяких досліджень, суїцидальні думки з'являються в певні складні моменти життя у більш ніж половини населення.

3.3. Групи ризику в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України

Очевидно, було б легше працювати, якби ми мали профіль засуджених/ув'язнених, котрі становлять загрозу для самих себе. У такому випадку на основі оцінки певних характеристик можна було б визначити, чи належить ця особа до групи ризику. Такого профілю, звісно, немає.

Депресія

У 70–80% засуджених/ув'язнених, які скоювали суїцид, відмічалася хвороблива пригніченість. Як запідозрити депресію дивіться в підрозділі 2.3.

Залежність від психоактивних речовин

В осіб з алкогольною або наркотичною залежністю підвищений ризик скоєння суїциду. Достатньо часто засуджені/ув'язнені з наркозалежністю використовують свою залежність як порятунком від проблем і неприємних емоцій. У разі спроб обірвати вживання виникають симптоми відміни і це додатково обтяжує ситуацію. Водночас, переривання активного вживання призводить до зіткнення з проблемами й думками, які сприяють розвитку кризи, з підвищенням загрози скоєння суїциду.

Історія звернень по психіатричну допомогу в минулому

Підвищений ризик суїциду є також у засуджених/ув'язнених, які раніше проходили лікування у зв'язку з наявністю в них психічних розладів. Виявляється, що часто такі особи з психіатричним минулим використовували алкоголь і наркотики з метою подолати свої хворобливі переживання. Після потрапляння таких осіб до місць позбавлення волі, на фоні відсутності в установах доступу до алкоголю й наркотиків, у них може значно погіршитися стан, зокрема з імпульсивністю та непередбачуваною суїцидальністю.

Попередні суїцидальні спроби

Підвищений ризик суїциду серед ув'язнених, про яких відомо, що вони раніше вже скоювали суїцидальні спроби, навіть якщо останні не здавалися такими вже переконливими. Як показують дослідження, зрештою 50% серед цієї групи все ж таки скоюють завершений суїцид.

Сексуальні злочини

У місцях позбавлення волі особи, які скоїли сексуальні злочини, виявляються вразливою групою. Як видно з таблиці, серед них помітно підвищена ймовірність суїциду, і цьому є декілька причин.

Часто до таких засуджених погано ставляться інші ув'язнені. Доволі часто вони стикаються зі знущаннями й проявами насилля з боку співкамерників. Особливо тяжко доводиться фізично слабким ув'язненим. Крім того, вони багато втрачають у цивільному суспільстві. Нерідко під загрозою опиняються шлюб, робота тощо. Тобто становище цієї групи обтяжено фактором вилучення їх із суспільства, причому як за ґратами, так і на волі. Не дивно, що в цій групі також підвищений ризик суїциду.

Належність до іншої культурної групи

Підвищений ризик суїциду серед осіб, які належать до інших культур, зумовлений декількома можливими причинами, а саме складнощами в комунікації, проблемами, пов'язаними з випровадженням з країни, іншими нормами й цінностями, а також наявністю розладів, пов'язаних із

психотравмуючими подіями в минулому на батьківщині. Усі ці фактори посилюють ізоляцію таких ув'язнених.

Злочини, скоєні з особливою жорстокістю

Особи, що скоїли злочини з особливою жорстокістю, можуть спрямовувати свою агресію на самих себе, а відповідно, ризик скоєння суїциду в цій групі також вищий, аніж серед загалу. Основною причиною є покарання у вигляді позбавлення волі на довготривалий строк. Сама перспектива довготривалого перебування в місцях позбавлення волі стає дуже обтяжливою для особи.

Резюме: Ви повинні бути більш пильними, якщо засуджених/ув'язнених належить до однієї або більшої кількості описаних вище груп ризику. Звісно, сам факт належності особи до групи ризику не означає, що у вас є однозначна відповідь на питання щодо суїцидальності особи. Однак це допомагає зорієнтуватися, ви стаєте більш уважними, а це, своєю чергою, підвищує ступінь вашої готовності.

3.4. Загрозливі моменти

Загалом діє правило: чим коротший термін людина відбуває за ґратами, тим вище ризик скоєння нею суїциду.

Статистика українських установ за підсумками 2024 року:

Значна частина випадків самогубств були скоєні особами, взятими під варту, та засудженими у віці від 36 до 49 років – **47%**; молодіжного віку (до 35 років) – **23%**.

53% самогубств скоєно у період з 06.00 до 18.00 години, тобто протягом робочого дня.

Самогубць, засуджених за крадіжку – **28%**; вбивство – **23%**; наркотики – **14%**; за злочини проти статевої свободи – **8%**; за нанесення тілесних ушкоджень – **6%**.

42% засуджені вперше; **17%** раніше один раз вже притягувалися до кримінальної відповідальності; **25%** засуджувалися чотири рази та більше.

58% не перебували раніше в місцях позбавлення волі; **14%** перебували чотири та більше разів; **11%** – тричі. **56%** суїцидентів

перебували в місцях позбавлення волі до одного року.

75% не перебували на профілактичних обліках в УВП та СІЗО ДКВС України протягом 2024 року (порівняно з даними за 2023 рік – **49%**).

8% перебували на профілактичному обліку як схильні до самогубства та **6%** – до членушкодження, **25%** – як особа, що вчинила злісне порушення встановленого порядку відбування покарання. **69%** самогубць не були одруженими, **67%** не мали дітей.

81% вчинили самогубство, перебуваючи в установі перший рік (порівняно з даними за 2023 року – **66%**, 2022 року – **50%**).

Це період, упродовж якого засуджений проходить через декілька етапів, кожен із яких відіграє велику роль і може мати серйозні наслідки: затримання, потрапляння в місця попереднього ув'язнення, перебування в місцях попереднього ув'язнення, розгляд справи в суді, рішення суду, в окремих випадках перебування на стаціонарній психіатричній експертизі. Кожен із цих етапів може нести загрозу виходу особи за межі її індивідуальних можливостей витривалості.

З урахуванням важливості здійснення профілактики співробітнику важливо знати, у якій фазі юридичної процедури перебуває ув'язнений, і бути особливо пильними в зазначених вище моментах.

Рекомендації

Якщо вам відомо, що в провадженні засудженого/ув'язненого будуть прийматися важливі рішення, поцікавтеся як у нього справи. Запитайте, яке рішення прийнято, а якщо прийнято несприятливе рішення, висловіть свою підтримку на кшталт: «Так, це не добре» і не виносьте будь-яких інших суджень щодо рішення.

Якщо у вас немає можливості поспілкуватися із самим засудженим/ув'язненим у той момент, поцікавтеся у своїх колег, які, можливо, мають інформацію щодо ситуації.

Слідчі ізолятори

У слідчому ізоляторі загрозу несе початковий період перебування, тому

порівняно багато суїцидів вчиняється новоприбулими ув'язненими. Імовірність смерті в результаті суїциду в слідчому ізоляторі в 5–8 разів вища, ніж у звичайній популяції

Виправні колонії

У виправних колоніях, де відбувають покарання, скоюється порівняно менше суїцидів. Кожному вже призначено покарання і ніяких сюрпризів у майбутньому не передбачається. Загальна атмосфера в таких закладах більш спокійна, ніж у слідчих ізоляторах. Там менше напруження і ситуація у відділеннях соціально-психологічної служби більш стабільна.

Пори року

Суїцидальні ризики також мають залежність від пори року, святкових днів та інших спеціальних дат (Різдво, Великдень тощо). У такі дні засуджені/ув'язнені можуть іще більше відчувати, наскільки їхня ситуація відрізняється від життя на свободі, і це дає додаткове емоційне навантаження.

Періоди доби

У певні періоди доби ймовірність скоєння суїциду може зростати. Так, наприклад, замикання дверей на замок увечері може асоціюватися в ув'язненого з ізоляцією. Він залишається сам на сам зі своїми похмурими думками і це може сприяти суїциду. Особливо тяжко сприймається ситуація коли двері залишаються замкненими протягом усіх вихідних.

Окрім уже згаданих важливих юридично процесуальних етапів та інших факторів, мають вплив також і значущі особисті події, а саме дні народження, дні шлюбів, отримання дипломів у дітей тощо.

3.5. Розпізнавання сигналів

Іноді суїцидальні наміри очевидні. Засуджений/ув'язнений констатує відсутність перспектив у житті й визнає, що збирається покінчити із собою як тільки йому випаде така можливість. У таких випадках, пропрацювавши проблему разом із психологом, можна відвести загрозу суїциду.

Однак частіше оцінити ризик суїциду значно складніше. Тут потрібно використувати ваші знання про особливості суїцидальної поведінки, а також мати навички розпізнавання сигналів суїцидальності, і таких сигналів є велика кількість.

Сигнали суїцидальності:

- депресивний фон;
- підозрілість, зумовлена хворобою (параноя), як єдиний прояв або в сукупності з «голосами» та іншими маячними ідеями;
- відкриті висловлювання про суїцид або погрози скоїти його;
- пригніченість, тривога та інші психічні симптоми як прояви абстинентного синдрому в разі утримання від вживання психоактивних речовин;
- збудження й агресія;
- відчуття безнадії та безпорадності, відсутність візії майбутнього;
- необґрунтований оптимізм у зв'язку з результатами розгляду судової справи;
- пакування своїх речей, роздавання речей і написання «прощальних» листів;
- привернення до себе уваги через заподіяння самоушкоджень;
- будь-які різкі зміни в поведінці. Наприклад, дружній засуджений/ув'язнений, взірець для інших, раптом стає мовчазним та відлюдкуватим. Або навпаки, «складний» засуджений/ув'язнений раптом стає занадто поступливим.

Перелічені сигнали можуть бути помітними або ледве помітними, але іноді особа, яка прийняла рішення піти з життя, зовнішньо залишається абсолютно спокійною та врівноваженою. У такому випадку наближення суїциду відбувається непомітно.

Депресивний ув'язнений

У багатьох суїцидальних засуджених/ув'язнених відмічається пригнічений настрій - депресивність (70-80 %). Депресивність найкраще вказує на ймовірність суїцидальної поведінки. В слідчих ізоляторах

ДКВС України в половини ув'язнених виявляються депресивні скарги. Саме у зв'язку з високою частотою і важливістю цього симптому нижче ми наводимо характеристики депресивного стану. Зауважуємо, не обов'язково, щоб в ув'язненого в депресивному стані були разом усі з перерахованих характеристик.

Ознаки депресії

(дивіться також підрозділ 2.2. «Афективні розлади»)

- Відчуття, що далі шляху немає;
- Відчуття безнадії та безпорадності;
- Виражений сум і напади плачу;
- Ув'язнений дуже спокійний та поводить себе відсторонено. У нього відсутній апетит (повертає / не бере їжу) або навпаки, їсть дуже багато (просить добавки, випрошує їжу в інших);
- Втрата або набір ваги;
- Песимізм щодо майбутнього;
- Проблеми зі сном: складнощі із засинанням, нічні пробудження, складнощі з прокиданням вранці;
- Коливання в настрої впродовж дня: то веселий та некерований, то похмурий і дратівливий;
- Гнівливість і напруженість;
- Загальмованість: мало рухається, не відразу відповідає на питання;
- Знижена самооцінка, звинувачення себе в усіх негараздах;
- Складнощі з концентрацією уваги та запам'ятовуванням.

Ажитована депресія

Ажитована депресія – дуже суїцидозагрозлива форма депресії. У таких випадках в ув'язненого разом із пригніченістю відмічаються бурхливі спалахи емоцій: тривоги, гніву, вираженого відчуття провини й думок про помсту, а суїцидальна спроба стає способом «випустити пару».

Позиції особливої уваги

Коли в депресивного ув'язненого починає покращуватися стан, підвищується і його активність. Разом із тим, покращення настрою відбувається з деяким запізненням порівняно з підвищенням активності. Тобто спочатку підвищується активність, а

потім покращується настрій. Особливо помітна ця закономірність в ув'язнених, які приймають антидепресанти (ліки від депресії). Саме в цей період є велика ймовірність скоєння суїциду, бо настрої особи залишається зниженим і вона хоче померти, водночас людина активна настільки, що в змозі здійснити свій намір.

Депресія, на відміну від суму, не викликає в людей навколо такого співчуття й співпереживання. Частіше вона, навпаки, спричиняє роздратованість. Причинами можуть бути:

- загальмованість депресивних осіб – у співрозмовника виникає відчуття, що його запитання не чують, тож іноді це сприймається як нечемна поведінка.
- депресивні особи рідко дотримуються порад, які дає їм оточення в намаганнях допомогти. Наслідком буде роздратування: «Якщо ти сам знаєш, то і справляйся сам».

Рекомендації

Коли ви спілкуєтеся з депресивним ув'язненим, намагайтеся відстежувати свої відчуття, а саме чи не викликає ця особа у вас негативні емоції. Якщо все ж таки депресивний ув'язнений спричиняє у вас роздратованість або інші негативні емоції, поспілкуйтеся про це з кимось близьким серед колег. Це гарний спосіб «випустити пару», і під час подальшого спілкування ви не матимете проблем у контактах із цим ув'язненим.

Намагайтеся не прискорювати ув'язненого в комунікації з ним, з терпінням очікуйте його реакцій. Не залучайтеся цілком у його проблеми, краще утримуйте деяку дистанцію. Ув'язненому найкраще допомагає підтримка (щоб хтось його вислухав, знайшов час для розмови тощо). У зв'язку із зосередженістю ув'язненого на своїх думках та переживаннях може здаватися, що він не сприймає вашу підтримку, але це не зовсім так. Він зможе усвідомити й оцінити вашу підтримку, однак пізніше.

3.6. Що робити в разі суїцидальної поведінки

Засуджений/ув'язнений, який стикається з неприємностями, перебуваючи за ґратами, не має багато можливостей для їх психологічного опрацювання. Друзі й рідні недоступні необхідною мірою, в амбулаторну психіатричну лікарню звернутися немає можливості, в інші служби – також. Отже, особа опиняється сам на сам зі своїми проблемами. Саме тому ваше ставлення до неї в такій ситуації може видатися дуже важливою обставиною. .

Наявність інформації про ув'язненого

Щоб правильно реагувати на суїцидальну поведінку, важливо мати певну інформацію про людину вже від надходження її до установи. Наявність такої попередньої інформації про ув'язненого може бути дуже важливою, з огляду на високий суїцидальний ризик під час перебування слідчому ізоляторі ДКВС України.

Із цієї попередньої інформації можна дізнатися, чи підвищений у цієї особи рівень аутодеструктивної поведінки. Тут може бути корисною інформація з відділку поліції, бо вона найближча до поточної ситуації. Однак, як показує досвід роботи, такої інформації не вистачає – іноді не спрацьовує зв'язок між інституціями та важлива інформація залишається у відділку поліції.

Корисною може видатися й інформація про ув'язненого від сімейного лікаря. Однак на отримання таких даних обов'язковим є дозвіл ув'язненого.

Запит інформації

У здійсненні збору попередньої інформації може допомогти спеціальна форма запиту інформації. Наприклад, така форма широко використовується в США.

Джерела інформації

Важливими джерелами інформації можуть бути:

- дані з поліції;
- дані попередніх судимостей;
- дані від сімейного лікаря та/або психіатричних лікарень;

- дані, отримані за результатами діагностики суїцидального ризику, опитування.

Мультидисциплінарний принцип роботи

Ведення ув'язненого з аутодеструктивною поведінкою – це завдання не для однієї людини, а справа команди спеціалістів. І тим, хто проводить більшість часу з ув'язненим, відводиться основне місце в цій команді.

Водночас найбільш важливим є спостереження. Допомога спеціалістів, як-от медичних сестер, лікарів, психологів, значною мірою залежить від інформації, яку надають працівники установи. Тому можна сміливо заявити таке:

Ви – очі та вуха спеціалістів у вашому закладі.

Спостереження й щоденні звіти є важливими не тільки для фахівців-медиків, а також для ваших колег, бо це допомагає їм бути в курсі подій. Особливо ретельно повинні підсвічуватися аспекти поведінки, викладені в підрозділі 3.5 («Розпізнавання сигналів»), як у письмовій, так і в усній формі.

Більш спеціалізовану допомогу надають психологи та психіатри.

Якщо з ув'язненим дійсно щось відбувається, то рекомендації щодо супроводу такої особи надає психолог. Однак зрозуміло, немає потреби чекати на рекомендації психолога, кожен працівник може сам звернутися до психолога з питанням, як краще організувати роботу з конкретним випадком.

Золоте правило

Ви зможете достатньо правильно поводитися у випадках суїцидальних ув'язнених, навіть якщо самі не є спеціалістом, використовуючи «золоте правило», дотримання якого вже допомогло багатьом працівникам тюремних закладів. Це правило говорить:

«Необхідно ставитися до інших так, як бажаєш, щоб ставилися до тебе».

Для цього потрібно поставити себе на місце іншої людини та з цієї позиції подивитися й оцінити потреби цієї людини. Далі дійте, виходячи саме з оцінки цих потреб, і

якщо в чомусь не впевнені, завжди можна запитати про це саму людину, якій ви намагаєтеся допомогти. «Золоте правило» – це доволі проста точка відліку.

Проте варто мати на увазі, що в певних випадках допомагають знання про суїцидальну поведінку, які допоможуть оцінити суїцидальну небезпеку й рухатися в зрозумілому напрямку. Однак іноді може статися так, що попри зовнішній «спокій» за всіма ознаками вас усе ж таки турбує внутрішнє відчуття того, що з ув'язненим не все гаразд і він може щось скоїти із собою. У такі моменти важливо довіряти своїм відчуттям і сформулювати друге правило:

«Довіряйте своїм особистим (зокрема інтуїтивним) відчуттям».

Така оцінка тим краще вдається, чим ближче та інтенсивніше ви контактуєте з ув'язненими – тоді перші помітите тонкі зміни в їхньому стані й поведінці.

Найкращою захисною мірою в разі можливого суїциду є встановлення близького контакту із суїцидальним ув'язненим. У такому випадку ви отримуєте можливість прямого впливу на особу, яка має певні наміри щось із собою скоїти.

Рекомендації:

Не чекайте, поки особа, що, можливо, виношує план суїциду, сама підійде до вас по допомогу, першим запропонуйте спілкування, пам'ятаючи, що одна з особливостей поведінки в такому стані – відсутність пошуку контактів з іншими.

Якщо ви підозрюєте наявність суїцидальних думок в ув'язненого, не ходіть околяса, напряду запитайте його про це. При цьому не варто підбирати слова, називайте речі своїми іменами, зважаючи на те, що ви бачите.

Якомога раніше проінформуйте психолога.

Зазначте, що ув'язнений має можливість отримати професійну підтримку й допомогу.

Орієнтуйте людину на тимчасовість ситуації, бо суїцидальні думки завжди носять тимчасовий характер.

Дайте ув'язненому чітку інформацію про те, коли ви зустрінетеся й поспілкуєтеся наступного разу. Подеколи достатньо

нетривалого щоденного контакту, але іноді спілкування повинно бути більш частим і тривалим.

Поясніть ув'язненому, що вихід із кризи – це поступовий, покроковий процес.

Деякі ув'язнені можуть самі точно сказати, скільки вони витримають до наступної бесіди, не скоївши нічого із собою. Спитайте в самого ув'язненого, як часто він потребує зустрічей, але намагайтеся не дотримуватися якихось меж у цьому.

Не визначаєте лінію своєї поведінки із суїцидальним ув'язненим самі, залучайте до цього психолога й ваших колег.

У разі необхідності візьміть ув'язненого під захист від співкамерників.

Пастки

У роботі з ув'язненими, які мають суїцидальну поведінку, необхідно пам'ятати про існування певних пасток.

Забгато уваги

Не давайте собі занадто глибоко занурюватися в ситуацію суїцидального ув'язненого. У таких випадках є загроза того, що ви почнете почуватися відповідальним за його поведінку, зі свого боку ув'язнений звільняється від відповідальності й покладається на вас. Ви можете почути щось на кшталт: «Якби не ви, мене б уже не було на цьому світі. Ви не можете покинути мене!» Важливо відразу прояснити людині, що ви можете зробити, а чого не можете. Тобто окреслити межі ваших можливостей і дій. Дуже корисним може виявитися використання правила ділитися інформацією зі своїми колегами щодо роботи з ув'язненими. Будучи в курсі подій, спостерігаючи зовні за ситуацією, вони зможуть вказати вам, коли ви занадто далеко зайшли зі своїм співчуттям.

Уникнення теми суїциду

Друга пастка – це уникнення теми суїциду, навіть якщо ви бачите, що особа повністю зайнята цією проблемою і в неї виявлялися ознаки суїцидальної поведінки. Ви не повинні уникати цієї теми, та немає нічого поганого, якщо навіть щиро визнаєте, що тема є для вас дискомфортною (спричиняє дискомфорт, ніяковість).

Якщо ув'язнений уникає розмов на цю тему, важливо, щоб ви проявили зацікавленість. У цьому є сенс, бо якщо ув'язнений побачить, що хтось проявляє інтерес до його участі, у нього, можливо, з'явиться надія на допомогу, тож не так скоро перейде до конкретних суїцидальних дій.

Технічні засоби

Посиленню безпеки сприяє встановлення певних технічних приладів, наприклад: камер спостереження, датчиків диму тощо.

Водночас, незалежно від комплексу заходів, найважливішим усе ж таки є контакт між працівником установи й ув'язненим. Немає нічого більш важливого.

Рекомендації

Використання запобіжних заходів, навіть із виключенням, здавалося б, будь-якої можливості щодо скоєння суїциду (ізоляція в окремій камері, вилучення небезпечних предметів тощо), без здійснення прямого контакту з ув'язненим має зворотну дію та посилює прагнення скоїти суїцид. Застосування будь-яких запобіжних заходів не означає, що в особи зникають наміри заповіяти собі смерть, частіше, як ми вже зазначали, буває навпаки. Як приклад, чого не потрібно робити, ми пропонуємо історію з реального життя про ув'язненого в британський тюрмі, котрий через суїцидальність був вимушений перебувати в ізоляторі.

Опис випадку

«Раптова новина, що моя дружина збирається зі мною розлучитися, викликала в мене відчуття глибокого відчаю. Тієї ночі я почувався таким самотнім, нікому не потрібним, що залишився тільки один вихід – покінчити із собою.

У ліжку, потайки від співкамерника, старим лезом я завдав собі декількох порізів судин на зап'ястку лівої руки, потім перевернувся обличчям до стіни, а далі втратив свідомість.

Прийшов до тями я від того, що мій співкамерник гучно бив у двері. Напевно, він побачив калюжу крові під моїм ліжком.

Деякий час мене водили по різних службах, тільки після того мене нарешті оглянув лікар і направив до лікарні. Цей

лікар був дуже роздратований тим, що я його потурбував. Він мені також сказав, що якщо я дійсно хотів накласти на себе руки, то міг би викликати в себе ерекцію, а потім перерізати велику судину знизу: «Тоді мої послуги не були б вам потрібні». Після накладання швів мене помістили до камери в крилі тюремної лікарні. Ніхто не спитав про мої проблеми та чому я таке скоїв.

Орієнтовно через тиждень мене повернули до тюрми. У моїй голові все було перемішано: відчуття провини, сорому, прикрості, образи й гіркоти. У медичній службі мене спитали, чому я хотів покінчити з собою. Я пояснив, як зміг, і сидів, очікуючи, коли мене відведуть на моє місце. Натомість з'явився лікар і повідомив, що потрібно знімати шви. Мене помістили в абсолютно пусту камеру. В ній не було нічого, окрім матрацу, туалету й рулону туалетного паперу. Я мав повністю роздягнутися. Замість свого одягу отримав одяг, який нагадував довгу сорочку з тонкої тканини. Я мусив залишатися в цій камері протягом трьох із половиною днів. Моє перебування тут переривалося тільки виходами тричі на день у брудний куток для прогулянок.

Бажання покінчити із собою стало ще сильнішим, але мені не вдалося розкрити свої рани. Урешті-решт мені вдалося переконати медичну службу, що я потребую лікування...»

Після суїциду (спроби)

Нерідко працівники установ, які безпосередньо стикнулися із суїцидом або суїцидальною спробою, мають реакцію шоку. Іноді виникає роздратованість, особливо в разі «м'яких» спроб, а ще коли ув'язнений оголошує про це заздалегідь. Також після суїцидів (спроб) у працівника можуть виникнути докори у свій бік: «Відвідай я його на п'ять хвилин раніше...» або «Якби я поставився більш серйозно до його вчорашніх слів...». У таких ситуаціях легко може виникнути відчуття провини, навіть якщо воно не виправдане.

Варто звернути увагу

- Якщо після суїциду (спроби) вам доведеться зустрічатися зі співкамерниками або членами родини суїцидента, на вас може пасти їхній гнів і нерозуміння. Як би не було це складно для вас, дайте їм час висловитися, звісно, у певних межах, але не починайте виправдовуватися.
- Якщо ув'язнений прийняв велику дозу ліків або наркотику, не довіряйте інформації, отриманій від нього самого про кількість вжитої речовини. Багато з них схильні перебільшувати кількість вжитої речовини, а деякі, навпаки, сильно применшують. Краще виходьте з найгіршого сценарію.
- Навіть такі невинні знеболювальні, як, наприклад, парацетамол, можуть представляти серйозну загрозу. 10–20 таблеток можуть виявитися смертельними, якщо своєчасно не втрутитися.
- Якщо ув'язнений випив небезпечну речовину (мийний засіб, хлоровмісні речовини, ліки тощо), не намагайтеся самостійно займатися його лікуванням. Бо тактика ведення таких випадків може бути зовсім різною: іноді необхідно викликати блювання, іноді ж, навпаки, блювання може нашкодити (якщо речовина є дуже агресивною). У певних випадках необхідно напоїти молоком, а іноді це зовсім не показано.

Що ви можете зробити:

- Викликати медичну службу;
- Потурбуватися про те, щоб у вас під руками був довідник про отруйні речовини або номер телефону, за яким ви могли б проконсультуватися щодо дій при отруєннях;
- Необхідно прибрати залишки отрути (блістери, флакони з-під пігулок, пакети, ємності та залишки блювотних мас, які також можуть вміщувати отруйну речовину).

Відлуння від суїцидальної спроби або суїциду буде ще довго відгукуватися в установі. Працівник, який виявив суїцид (спробу),

довгий час може перебувати в психічно неврегульованому стані. Звісно, такі події не трапляються щодня. Сильна «віддача» від такої події – це природно для будь-якої людини, а працівники в'язниць теж люди. Також від таких інцидентів можуть відчувати дискомфорт й інші працівники та співкамерники суїцидента.

Якщо ув'язнений дійсно переходить до суїцидальної поведінки, усі працівники установи повинні діяти чітко й скоординовано. Якомога скоріше необхідно підготувати протоколи, у яких визначено, що повинен робити кожен з учасників команди в разі аутодеструктивної поведінки з боку ув'язненого.

РОЗДІЛ 4. ТРИВОГА Й ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

Сигнальна функція

Тривога (страх) – це емоція, яка дає нам можливість виживати в цьому світі. Тривога виконує сигнальну функцію. Це нормальна реакція організму на загрозу, якої потрібно уникнути або відбити.

Тривогу (страх) ми відчуваємо нашим тілом: серце починає битися частіше, підвищується кров'яний тиск, ми підготовлюємо себе до дій. У стані «підвищеної готовності» перебуває весь організм. Без такої його функції ми потрапляли б у небезпечні ситуації, справитися з якими людям допомагає саме відчуття тривоги (страху). Так, працівник слідчого ізолятора ДКВС України, який не відчуває страху, під час конфронтації із сильними й агресивними ув'язненими реагує з меншою готовністю, ніж співробітник, який відчуває загрозу в такій ситуації. Наприклад, якби ми не боялися й розслаблено переходили через завантажену транспортну магістраль, не дивлячись у різні боки, з великою ймовірністю нас міг би збити автомобіль. Тобто без страху (тривоги) не може бути безпечного життя.

Проблема виникає у випадках, коли страх настільки виражений, що аж паралізує нас, або якщо він залишається навіть без наявності фактичної загрози. У таких випадках виникає необхідність відпрацювання такого страху.

Якщо рівень страху (тривоги) вищий, ніж можливість його відпрацювати, ми маємо справу з тривожним розладом.

4.1. Тривога (страх) як симптом психічних розладів

Під час деяких психічних розладів тривоги (страху) належить основна роль. Але оскільки в людей, які страждають на психічні розлади, порушується уявлення про реальність, іншим людям буває складно зрозуміти їхню тривогу (страх).

Так, ув'язнені в психотичному стані можуть відчувати страх, пов'язаний із галюцинаторними й маячними переживаннями. Наприклад, якщо «побачити» диявола або відчувати повзання павуків, тарганів по тілу. Депресію також може супроводжувати страх, пов'язаний із тим, що людина починає боятися, що її стан ніколи не покращиться.

4.2. Тривожні розлади

На відміну від страху, який супроводжує психотичні розлади, тривожні розлади

більш зрозумілі для оточення. Особа, яка страждає на тривожний розлад, розуміє, що з нею щось негаразд.

Ми розглянемо в цьому розділі три підвиди тривожних розладів:

- Панічний розлад;
- Фобічні розлади;
- Тривожні розлади, пов'язані з психотравмою або тривалим стресом.

4.2.1. Панічний розлад

У своєму житті ви, можливо, стикалися з випадками відчуття гіпервентиляції. Іноді ознаки гіпервентиляції можуть виникнути в разі неправильного дихання. Класичним прикладом може бути ситуація, коли людина дає собі серйозне спортивне навантаження без відповідної підготовки. Разом із тим симптоми гіпервентиляції можуть бути викликані тривожним станом. Основними проявами таких станів є:

- запаморочення;

- відчуття прискореного серцебиття;
- передчуття, що може статися серцевий напад;
- холодний піт;
- слабкість у кінцівках;
- відчуття оніміння в кінцівках;
- страх смерті.

Коли такі прояви виражені й повторюються з певною систематичністю, можна казати про наявність панічного, а за наявності тривоги – тривожно-панічного розладу.

Іноді можливо відстежити причину першого епізоду. Такими причинами можуть бути велике перенавантаження на роботі, надмірна зосередженість на домашніх проблемах, тривога за майбутнє тощо.

Страх тривоги

Нерідко після першого епізоду виникає страх повторення нападу, і саме це може також стати причиною появи повторних нападів. Цей страх повторного нападу нібито затягує людину до порочного кола, з якого їй складно вирватися.

4.2.2. Фобії

На відміну від вищеописаних панічних і тривожно-панічних розладів, фобічні розлади характеризуються тим, що страх пов'язаний із певними предметами або ситуаціями. Є багато фобій, найчастіші серед них:

- страх відкритих просторів (вулиць, майданів);
- клаустрофобія – страх перебування в маленьких, закритих просторах;
- страх висоти;
- страхи перед різними живими істотами (павуками, зміями, мишами, жабами, собаками тощо).

Найчастіше особи, які страждають на фобічні розлади, намагаються максимально уникати контактів із предметом своїх страхів. Якщо людина, котра страждає на певну фобію, раптом стикається з предметом своєї фобії, у неї виникає сильне відчуття страху, яке часто супроводжується й панікою. Потрібно враховувати ці нюанси в роботі з ув'язненими. Наприклад, якщо ув'язнений страждає на страх висоти, не можна розміщувати його на верхніх поверхах установи, тому що це може спровокувати у нього напад паніки.

4.2.3. Тривожні розлади на фоні психотравм або тривалих стресових ситуацій

Після або на фоні важких психотравмуючих ситуацій або довготривалих стресових ситуацій може виникнути погіршення в психоемоційному стані людини. Сутність скарг полягає у виникненні повторних переживань шокуючої події, дратівливості, складнощях із концентрацією уваги, уникненні відвідування місць, де сталася психотравмуюча подія (наприклад, людина не може знову піти на роботу, якщо така подія сталася саме там). Про формування розладу ми можемо казати в тому випадку, коли вищевказані симптоми продовжуються впродовж тривалого періоду (більш ніж 6 місяців) і мають інтенсивну виразність.

Звісно, робота й перебування в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах пов'язані з великою ймовірністю виникнення нетривіальних стресових ситуацій, як-от насилля, захоплення заручників, погроз тощо, і, відповідно, з підвищеним ризиком виникнення таких розладів.

РОЗДІЛ 5. РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ

Робота в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах передбачає взаємодію у своїй діяльності зі злочинцями, які скоїли жорстокі злочини, а деякі й не по одному. Можливо, ви особисто стикалися у своїй роботі з такими особами, або читали про випадки скоєння жорстоких злочинів. З матеріалів аналізу багатьох експертиз, проведених психологами й психіатрами, відомо, що в таких злочинців часто виявляються розлади особистості.

Коли ви зустрічаєте людину, про яку відомо, що спеціалісти встановили в неї наявність розладу особистості, вам не відразу зрозуміло, чому це так. Ув'язнений нібито добре піклується про себе, його повсякденна активність упорядкована, в камері порядок, і це вказує на відсутність психозу. Він також не виявляє підвищеної тривоги чи страху. Проте в таких людей насправді все дещо по-іншому, вони намагаються використовувати вас у своїх цілях.

Розпізнавання такого типу розладів є складним завданням, бо людина видається нормальною. Але коли ви починаєте пізнавати такого ув'язненого краще, ознаки розладу стають більш помітними.

Зрозуміло, що не всі особи з розладами особистості стають злочинцями. Багато таких людей проживає в соціумі, не вступаючи при цьому в конфлікт із законом та правоохоронними органами. Однак ті, що потрапляють у поле зору органів юстиції, нерідко виявляються злочинцями, які скоїли жорстокі злочини.

5.1. Причини особистісних розладів та їх характеристики

Емоційна й педагогічна занедбаність

Найважливіші причини особистісних розладів ховаються в ранньому дитинстві. Цей період вважається важливим для формування особистості й совісті. У зв'язку із цим ми виділяємо дві форми занедбаності: (1) емоційну, або афективну, і (2) педагогічну.

1. Емоційна, або афективна, занедбаність

Кожна дитина від народження потребує турботи, тепла, любові й безпеки. Ці умови врівноважують розвиток особистості. Неадекватне, жорстоке ставлення до дитини або емоційна відстороненість, недостатній або відсутній емоційний контакт, зневага з боку близьких дорослих уже з раннього віку призводять до порушення в особи вміння формувати міцні емоційні зв'язки з іншими, до неспроможності кохати, проявляти співчуття, а також до недовіри й невпевненості в собі.

Разом із тим особистісні розлади можуть бути спричинені й надмірною опікою, коли

близькі дорослі балують дитину, і одночасно не надають достатньої свободи.

Загалом серед нас є сотні тисяч людей, про яких можна сказати, що в дитинстві вони були емоційно відторгненими, однак лише невелику частину з них емоційне відторгнення приведе зрештою до кримінальної поведінки, тому що велику вагу у виникненні особистісних розладів також мають тригерні фактори.

2. Педагогічна занедбаність

Ми кажемо про педагогічну занедбаність у випадках, коли батьки приділяють мало уваги вихованню дитини, і це призводить до того, що в дитини не закладається достатня основа для формування певних соціально прийнятних норм.

3. Схильність

Окрім педагогічної та емоційної занедбаності, значну роль у розвитку розладу особистості відіграє схильність до формування тих чи інших особливостей.

Брак базового відчуття безпеки

З одного боку, таке почуття відсутнє в дитини, яка зростає в родині з неефективним батьківським ставленням, що може проявлятися в різних формах. Коли значущі

дорослі надмірно опікають, непослідовні у своїх вимогах, грубі, відсторонені тощо, у дитини не формується відчуття базової безпеки й захисту. З іншого боку, такі діти вимушені вчитися «виживати» в таких умовах.

Негативний ефект такого виховання може проявитися вже у ранньому віці, коли діти, наприклад, починають брехати, прогулювати заняття в школі, крадуть, займаються підпалюваннями й проявляють жорсткість до тварин. Доречним буде порівняння такої ситуації з домом, у якому неправильно закладено фундамент.

Дитина, у якої відсутнє відчуття базової безпеки, може розвиватися в різних напрямках. Ми зачепимо два розлади, які можуть розвинути внаслідок занедбаності, антисоціального й межового особистісного розладу.

Анτισоціальний розлад особистості

Людина вороже ставиться до навколишнього світу тому, що цей світ від самого її дитинства не приносить нічого, крім страждань. Злість і ворожість до інших стають частиною її особистості. Такі прояви є частиною антисоціального розладу особистості.

Для людини з антисоціальним розладом особистості характерними є такі ознаки:

- Схильність до конфліктів і використання конфліктних ситуацій у своїх маніпулятивних цілях.
- Неспроможність відчувати почуття провини, отримувати урок із негативного досвіду, зокрема з покарання, і схильність звинувачувати інших у своїх помилках та невдачах.
- Неспроможність співчувати іншим. Черствість і байдужість до почуттів інших людей стають важливим фактором чому практично відсутня можливість зупинити прояви агресії в таких осіб.
- Виражена безвідповідальність, нехтування соціальними нормами, правилами й обов'язками та несприйняття своєї поведінки як «ненормальної». Той факт, що їхня поведінка здається іншим щонайменше дивною, їх не турбує – це «проблема інших».

- Такі особи постійно намагаються максимально використовувати інших в особистих цілях. Як дитина, котра оцінює, чого вона може досягти й наскільки далеко може зайти, такий дорослий постійно «з'ясовує, де межі дозволеного» і чого він може добитися від інших. Звісно, така «перевірка» людей буде використовуватися й у разі зустрічі з персоналом пенітенціарних установ. Також можна відмітити, що чим ближчі у вас взаємини з такою людиною, тим імовірність зазначених вище проявів буде більшою.
- Неможливість підтримувати довготривалі, міцні стосунки з іншими.
- Імпульсивність. У їхньому житті нібито відсутня лінія стабільності, тож вони живуть від моменту до моменту, керуючись своїми миттєвими потребами.
- Демонстрація сильних емоційних реакцій, часто зі значними й неприємними наслідками, у відповідь на порівняно незначні приводи. Так, жорстокі злочини часто скоюються такими особами у зв'язку з малозначущими причинами.

Межовий особистісний розлад

Інший спосіб реагування дитини на неадекватну виховальну модель – це постійна невпевненість у собі. Так, нібито вона є причиною всіх проблем. Така невпевненість у собі зберігається протягом усього життя, а злість направляється на самого себе, що нерідко знаходить вихід в актах самоушкодження. Такі ознаки є характерними для межового розладу особистості.

Розподіл на поганих і хороших

У зв'язку з постійними сумнівами в собі («Хто я?», «Чого я хочу?») люди з межовим розладом дуже потребують упевненості. Вони намагаються її досягнути, розділивши світ на біле й чорне, поганих та хороших. На практиці це може проявлятися тим, що ув'язнений із межовим розладом особистості буде нацьковувати персонал установи, який він поділив на поганих і хороших, одне з одним.

РОЗДІЛ 6. ЗАВДАННЯ САМОУШКОДЖЕНЬ

У місцях позбавлення волі ми стикаємося з дуже різноманітними формами й способами самоушкодження. Цілком імовірно, що й ви під час своєї професійної діяльності зіткнетесь з деякими з них. Як працівники установи, ви мусите намагатися зробити все можливе, щоб або уникнути самоушкодження, або максимально зменшити кількість таких інцидентів. Одними з важливих завдань для працівників установ виконання покарань та слідчих ізоляторів є зниження негативних наслідків від перебування в місцях ізоляції, з дотриманням гуманітарного аспекту, в рамках надання адекватної реакції на небажану, неадекватну поведінку ув'язнених (серед іншого й на акти самоушкодження). Є багато хибних уявлень про самоушкодження.

Хибні уявлення

Одним із таких уявлень є впевненість у тому, що самоушкодження є передвісниками суїциду. Або протилежне – що ув'язнені, які завдають самоушкодження, роблять це виключно для привертання до себе уваги.

Також потрібно пам'ятати, що самоушкодження, як і суїциди, викликають широкий спектр різних емоцій в оточення. Це можуть бути реакції співчуття, допомоги, але також і емоції гніву й роздратування. У будь-якому випадку потрібно бути готовими до різних реакцій заздалегідь, щоб поводитися професійно.

Самоушкодження

Можна дати таке визначення поняттю **самоушкодження** – навмисне нанесення шкоди своєму тілу без суїцидального наміру.

Самоушкодження досить часто трапляються в «закритих закладах», до яких можна віднести: установи виконання покарань та слідчі ізолятори ДКВС України, психіатричні лікарні, дитячі інтернати, спеціалізовані школи, табори для військовополонених тощо.

Заподіяння самоушкодження деякими ув'язненими може виявитися їхнім стійким поведінковим проявом. Ви можете почуватися зовсім безпорадними через те, що деякі ув'язнені повторюють такі акти навіть попри ваші домовленості. Фрустрація (розчарування, відчуття невдачі), що виникає в подібних випадках у спеціалістів у галузі розладів поведінки (психологи, психіатри),

які працюють із такими ув'язненими, може перерости у відчуття відкритої відрази до таких осіб. Іноді виявляється складно підтримувати професійне ставлення до таких явищ.

6.1. Види й способи самоушкодження

Самоушкодження можуть бути різних видів. Нижче ми опишемо найбільш розповсюджені з них.

- **Завдавання самоушкодження гострими предметами**

Завдавання порізів – найбільш відома форма самоушкоджувальної поведінки. Поверхневі поранення завдаються гострими предметами. Найчастіше для цього використовують невеликі складні ножі, уламки скла, але іноді можуть використовуватися й інші предмети, а саме камінці, ножиці, столове приладдя тощо. Порізи роблять на руках, передусім на зап'ястках, а також на ногах, але іноді трапляються пошкодження й інших частин тіла, наприклад, обличчя, тулуба. Це можуть бути просто порізи, а також якісь символи або навіть тексти. Найчастіше такі поверхневі порізи не потребують серйозних медичних втручань, але у випадках, коли їх завдано дуже гострими предметами, наприклад, ножем, рани можуть видатися дійсно глибокими й потребуватимуть більш серйозного

медичного втручання та навіть накладання швів.

- **Роздряпування шкіри нігтями**

Належить до дещо легших форм самоушкоджень. Нігтями завдають пошкоджень на руках та інших частинах тіла, наприклад, на обличчі. З медичного погляду такі поранення менш серйозні, ніж порізи, але вони також дуже помітні. Особливо впадають у вічі кров'яні кірки, що утворюються на таких ранах у зоні обличчя. Крім цього, такі рани небезпечні їх інфікуванням.

- **Завдавання собі ударів**

Завдавання собі ударів, причому найчастіше в зону обличчя, зазвичай не залишають помітних слідів, окрім болючих червоних плям на шкірі. Але якщо такі удари завдаються кулаками, пошкодження можуть бути більш серйозними. Проявами такої поведінки також можуть бути пошкодження на руках і ногах унаслідок сильних ударів по твердих предметах і стінах.

- **Укуси**

Певну загрозу можуть становити укуси, насамперед через те, що внаслідок укусів, які завдаються найчастіше зоні рук, можуть виникати інфіковані запальні рани.

- **Опіки**

Заподіяння собі опіків здійснюється з використанням цигарок, запальничок, сірників тощо, і зазвичай це спричиняє невеликі болісні рани. Великі за розміром опіки можуть з'являтися від використання гарячої води, пічок і радіаторів опалення.

- **Биття головою об стіну**

Биття головою об жорсткі поверхні належить до небезпечних форм самоушкоджень. Ступінь пошкодження залежить від сили ударів і характеристик поверхні, яка використовується для цієї мети. У найлегших випадках з'являються синці. У результаті сильних ударів (наприклад, об бетонну

стіну) може виникнути черепно-мозкова травма, а в рідкісних випадках буває навіть летальний результат.

- **Ковтання предметів та речовин**

Ковтання предметів може становити небезпеку тим, що самі предмети можуть завдати шкоди ув'язненому. Це можуть бути дрібні предмети, наприклад, цвяхи, голки, уламки скла, а іноді навіть столове приладдя. Як це не дивно, маленькі предмети рідко завдають великої шкоди, хоча й потребують медичного спостереження в динаміці. Серйозного медичного втручання потребують випадки ковтання великих предметів. Небезпечною формою ковтання є ковтання агресивних хімічних речовин. Для цього найчастіше використовують кислоти, засоби для промивання труб, хлоровмісні речовини та інші мийні засоби. Унаслідок їх прийому можуть виникнути хімічні пошкодження стравоходу, шлунку. В таких випадках необхідна невідкладна медична допомога.

- **Тяжкі каліцтва**

Тут маються на увазі помітні пошкодження, які довго утримуються, залишаються на все життя або навіть призводять до каліцтва. Такі пошкодження можуть варіювати в діапазоні від викидання нігтів, заподіяння глибоких ран, які залишають шрами, до крайніх проявів – ампутації частин свого тіла (пальців, статевих органів, очей тощо).

6.2. Причини

Зазвичай вважають, що особи, які завдають самоушкоджень, роблять це задля маніпуляцій іншими. Маніпулювання використовується, щоб добитися чогось від оточення. Але це не завжди так. Частіше в основі такої поведінки лежить не одна причина, а цілий комплекс взаємопов'язаних факторів. Загалом, самоушкоджувальна поведінка ясно свідчить про відсутність соціальних навичок самовираження в особі, яка завдає собі самоушкоджень.

Маніпуляції іншими

Маніпулювання може відігравати певну роль, якщо особа сподівається досягнути своїм вчинком конкретної мети. Часто такою метою є бажання мати увагу, догляд, турботу з боку інших. Однак, певно, що є й інші мотиви самоушкодження, про які йтиметься нижче.

Відчуття, що тебе немає

Дехто з жертв тяжкого (сексуального) насилля нібито відключається від реальності. Такий феномен називається деперсоналізацією. Своєрідний сутінковий стан, у якому в людини виникає відчуття, що вона не існує. Такий стан захищає після перенесеного насильства, бо якщо тебе немає, то й болю ти не відчуваєш. Самоушкодження в таких ситуаціях може допомагати «прокинутися». Вигляд крові й відчуття болю ніби повертає людину до реальності та змушує відчувати, що вона все ще існує і щось відчуває. У таких випадках в акта самоушкодження є основна мета – довести існування особи в цьому світі. Нерідко особа, яка здійснила самоушкодження з цією метою, нічого не пам'ятає після події або здебільшого не пам'ятає обставин.

Крик про допомогу

Інший можливий мотив – це намагання повідомити інших про те, що тобі погано, з підтекстом: «Чи не міг би хоч хтось будучим допомогти». Це й називається криком про допомогу. Оточення може неправильно інтерпретувати такий крик і прийняти це за маніпуляцію, особливо у випадках, коли допомога не надходить і така поведінка посилюється.

Потреба в покаранні

Буває ще один мотив завдання самоушкоджень – потреба в покаранні. Певні особи щоразу, коли вони стикаються з невдачею або розчаруванням, як психологічне відпрацювання ситуації мають потребу заподіювати собі шкоду.

Демонстрація автономії

Ще одним мотивом самоушкодження є демонстрація автономії та незалежності. Іноді ув'язнені завдають собі самоушкоджень, нібито підкреслюючи в такий

спосіб те, що вони є господарями свого тіла. Таким вчинком вони кажуть: «Ви можете забрати в мене свободу, але не можете визначати, як мені жити і як обходитися з моїм власним тілом. Я його господар і маю право вирішувати, що з ним робити».

Шантаж

Шантаж може виражатися в словах, коли ув'язнений гучно заявляє: «Якщо ви не пустите до мене дружину, я влаштую тут море крові!» або «Ось побачите, що буде, якщо мене швидко звідси не переведуть!».

Кризова поведінка

Самоушкодження можуть бути ознакою кризової поведінки. Так людина демонструє, що в неї на сьогодні проблем більше, ніж вона в змозі пропрацювати. Такі випадки нерідко трапляються у дільниці карантину, діагностики і розподілу.

Прояви психозу

Особи в психотичних станах також можуть завдавати собі самоушкоджень, і ці самоушкодження часто вирізняються неприродністю, збоченістю. Часто вони заподіюються під впливом маячних переконань або голосів, які можуть імперативно наказувати, що необхідно зробити.

Прояви особистісного розладу

Певна група осіб із розладами особистості час від часу, але регулярно завдають собі тих чи інших самоушкоджень. Така стійка самоушкоджувальна поведінка типова передусім для осіб із межовим розладом особистості. При цьому наявна певна закономірність, що чим більше ви будете приділяти увагу такій особі, тим більш вираженою буде така модель поведінки.

6.3. Наші дії в ситуаціях самоушкоджуваної поведінки

На перший погляд здається, що самоушкоджувана поведінка, якщо виходити з наслідків, не така вже серйозна проблема порівняно із суїцидальною. Водночас саме ув'язнені, які завдають собі самоушкоджень, більшою мірою, ніж суїциданти,

викликають у працівників установи відчуття особистої безпорадності під час роботи з такими випадками. Так відбувається, бо самоушкоджувана поведінка здебільшого є надзвичайно стійким поведінковим патерном. Із цим складно впоратися, навіть якщо забезпечено адекватний супровід такого ув'язненого. Дійсно, дуже некомфортно спостерігати за тим, як попри всі ваші намагання, ув'язнений і далі вперто завдає собі самоушкоджень, а ви не в силі це змінити.

Важливо пам'ятати, самоушкоджувана поведінка далеко не завжди має на меті маніпулювати іншими людьми. Це усвідомлення допоможе вам зберігати рівновагу й не дратуватися, стикаючись із такими випадками. Ув'язнений, який завдає собі ран, зовсім не обов'язково намагається вам допекти, нерідко він у буквальному сенсі зайнятий виключно собою.

Наведені нижче рекомендації зможуть допомогти вам правильно поводитися у випадках заподіяння ув'язненими собі самоушкоджень.

Рекомендації:

- Якщо відомо про ув'язненого, що він схильний до самоушкоджуваної поведінки, не «спокушайте» його зробити це. Тобто стежте за тим, щоб у нього не було предметів, якими він зміг би поранити себе. Якщо такі предмети з'являються, необхідно їх вилучити, але пояснивши причину. Під час бесіди з таким ув'язненим намагайтеся досягнути з ним певних домовленостей щодо його поведінки.
- Тримайтеся нейтрально в разі виявлення факту завдання самоушкоджень. Тобто не варто виявляти надмірну стурбованість, але, звісно, не треба й карати за цей вчинок ув'язненого. Також немає жодного сенсу підходити до вирішення цієї проблеми «прямо», наприклад, закликами: «Припини вже різати себе!» Такий підхід дасть зворотний ефект.
- Не ведіть бесід з ув'язненим щодо самоушкодження під час надання йому

первинної допомоги. Поводьтеся й далі нейтрально.

- Надалі обов'язково обговоріть з ув'язненим мотиви його поведінки та вкажіть на альтернативні можливості вирішення питання.
- Зверніть увагу ув'язненого на той факт, що ви не можете припинити його самоушкоджувану поведінку, а тільки він сам може це зробити.
- Підкресліть, що за наявності можливостей і достатньої відповідальності з боку ув'язненого (за погодженням із медичною частиною) він сам зможе лікувати свої рани. Якщо це можливо, надайте першу допомогу самі, але, як зазначалося раніше, з дотриманням максимально нейтрального ставлення, або залучіть працівників медичної частини.
- Як працівнику поводитися з ув'язненим, схильним до заподіяння самоушкоджень, ніколи не вирішується однією особою. Завжди обговорюйте це питання з іншими персоналом інших відділів установи.

Ув'язнені, які завдають собі самоушкоджень, можуть викликати у працівників відчуття безпорадності. Так відбувається, бо самоушкоджувана поведінка - це доволі стійкий поведінковий патерн, який може мати негативні тенденції, навіть за умови проведення в підрозділі добре продуманої політики. Тому обговорюйте свої відчуття невдачі й емоції з іншими колегами. Вони також стикаються з подібними проблемами, тож напевно зможуть щось підказати щодо ваших випадків.

Іноді у працівника не залишається іншого виходу, як помістити такого ув'язненого до дисциплінарного ізолятора, одиночної камери, карцеру (маючи на увазі, що все ж таки це не дуже бажаний підхід), але це зовсім не значить, що ви й ваші колеги зазнали невдачі. Насамперед це привід ще раз уважно подивитися всім разом на те, як ви намагалися впоратися з цією ситуацією та що можливо покращити в майбутньому.

РОЗДІЛ 7. ІНШІ ВАЖЛИВІ ГРУПИ

Під час роботи з ув'язненими вам можуть траплятися не тільки вже діагностовані та зрозумілі випадки, а й особи з відхиленнями, які відразу неможливо розпізнати. Саме тому корисно обговорити це в посібнику.

7.1. Знижений інтелектуальний рівень

Інтелект (у широкому сенсі) – це загальна спроможність до пізнання й вирішення життєвих проблем і, відповідно, до реагування на різні обставини життя. Часто в осіб із недостатнім інтелектом наявні органічні ураження головного мозку, вроджені або набуті. Прикладами захворювань, для яких характерним є недостатній рівень інтелекту, можуть бути особи із синдромом Дауна, у яких спостерігається вроджена інтелектуальна недостатність, або особи, які перенесли менінгіт, з наслідками у вигляді тяжкого ураження головного мозку, і також мають знижений інтелектуальний рівень, але в цьому випадку набутого характеру. Таких осіб зі зниженим із різних причин інтелектом ми зустрічаємо і у виправних колоніях та слідчих ізоляторах ДКВС України. У цьому випадку маємо на увазі перехідні стани, які перебувають між клінічно значущим недоумством і нормальним інтелектом, тобто зона зниженого інтелекту. Якщо представити цей показник у балах (коефіцієнт інтелекту), межі зниженого інтелектуального рівня перебувають у зоні між 70 і 85. У загальній популяції знижений інтелектуальний рівень відмічається приблизно у 8-10% населення. З огляду на це, як мінімум один із десяти ув'язнених має знижений інтелектуальний рівень. Однак фактично відсоток осіб зі зниженим інтелектом у виправних колоніях та слідчих ізоляторах ДКВС України дещо вищий

Особливості

Знижений інтелект складно виявити за зовнішністю або поведінкою людини.

Більше інформації з цього приводу дають спеціальні тести з вимірювання рівня інтелекту. Але і з цим можуть виникати складнощі. Зокрема, якщо особа, яка проходить тестування, є іноземцем і не дуже розуміє мовні нюанси, загальний бал буде значно нижчий, ніж результат, отриманий, якби тестування проводилося рідною мовою піддослідного.

Складнощі з повсякденними життєвими навичками

Найчастіше особи зі зниженим рівнем інтелекту мають початкову шкільну освіту, але наступні освітні етапи не закінчуються отриманням атестатів і дипломів. Вони мають складнощі з навичками повсякденного існування, такими, як, наприклад, заповнення формулярів або виконання простих фінансових розрахунків. Таким особам складно зрозуміти й зорієнтуватися в розпорядку дня в установі.

Упертість

Особа зі зниженим інтелектом часто бувають дуже впертими. З одного боку, це спосіб «заховати» свій інтелектуальний недолік, який вони все ж таки дещо усвідомлюють, а з іншого, це може бути пов'язане з їхньою неспроможністю швидко адаптуватися до змін ситуації. Вони чітко дотримуються того, що знають.

Крім того, такі люди не хочуть погоджуватися із зарахуванням до категорії осіб зі зниженим інтелектом, і це природно, бо, напевно, нікому не хочеться бути серед «недоумків». Серед осіб зі зниженим інтелектом часто трапляється така ознака: щоб не «викрити» себе, вони використовують у своїй мові складні фрази й слова, змісту і значення яких навіть не розуміють.

Людина копіює чужі слова та фрази, не розуміючи сенсу. Така особливість може ввести вас в оману і ви не помітите знижений інтелект в ув'язненого.

«Використання» осіб зі зниженим інтелектом

Ув'язнених зі зниженим інтелектом часто «використовує» більш інтелектуальна частина пенітенціарного населення. Люди зі зниженим інтелектом намагаються поводитися «нормально», також і в тих випадках коли на них чиниться негативний вплив з боку ув'язнених із вищим рівнем інтелекту. Нерідко вони стають цапами-відбувайлами й порівняно легкими жертвами, передусім для осіб з антисоціальним особистісним розладом. У таких випадках в осіб зі зниженим інтелектом залишається дуже мало варіантів як відповісти, і одним з них є відповідь кулаками.

Рекомендації

У роботі з особами, які мають знижений інтелект, ви можете дотримуватися таких інструкцій:

- Роз'яснюйте ретельно все, і навіть те, що здається вам цілком зрозумілим;
- Спілкуйтеся простою та чіткою мовою;
- Закінчивши пояснення, спитайте чи все зрозуміло. Також, якщо в процесі бесіди у вас виникли сумніви щодо того, чи правильно зрозумів вас ув'язнений, попросіть його повторити те, що ви сказали або запитали;
- Повторюйте сказане вами декілька разів;
- Розкладайте складні завдання на невеликі фрагменти;
- Майте терпіння, не очікуйте швидкого результату;
- Проявляйте ініціативу й спрямовуйте активність ув'язненого, розуміючи, що в нього самого погано з ініціативою, тож хтось повинен скеровувати його діяльність;
- За необхідності підштовхуйте осіб зі зниженим інтелектом до необхідних дій;
- Нахвалюйте їх часто, навіть у випадках, коли вони впоралися із зовсім дрібним завданням.

7.2. Загальні розлади розвитку

До загальних розладів розвитку ми будемо зараховувати аутизм і розлади аутистичного спектру. Прикладами можуть бути:

- аутизм;
- синдром Ретта;
- синдром Аспергера;
- загальні розлади розвитку – не уточнені.

Ми не будемо розглядати нюанси й відмінності між згаданими вище розладами в рамках цього навчального курсу. Вони перераховані тут тому, що ці розлади трапляються доволі часто, і буде краще, якщо ви матимете уявлення про них до того, як натрапите на ці розлади у своїй практичній діяльності. У цьому посібнику ми торкнемося загальних особливостей, причин, а також інструкцій із професійної поведінки щодо осіб, які страждають на такі розлади.

Особливості

Загальні розлади розвитку (далі – ЗРР) характеризуються відхиленнями (в розумінні або інтерпретації) соціальної взаємодії та комунікації між людьми. Серед характерних ознак варто зазначити:

- уникання зорового контакту;
- нерозуміння невербальної комунікації під час спілкування інших людей;
- відсутність або мінімальне використання невербальної комунікації в особистому спілкуванні;
- порушення розвитку мовлення (у разі тяжких форм аутизму мовлення слабо розвинуте або практично відсутнє);
- обмежену спроможність до емпатії;
- обмеженість уяви, бідність фантазії;
- брак спонтанності.

Загальні розлади розвитку також можна назвати «розладами комунікативності», тому що ці розлади насамперед ускладнюють саме процеси комунікації між людьми. Вони переважно виявляються ще в дитячому віці, і вважається, що в дорослих симптоми стають менш помітними, ніби

відходять на другий план, але, звісно, так відбувається не завжди.

Окрім порушень, пов'язаних із комунікацією, мовою, та обмежених можливостей уяви, в осіб із ЗРР нерідко трапляються моторні відхилення, а також можуть виявлятися нав'язливі думки й дії. Зокрема, необхідно враховувати:

- повторні, специфічні або неспецифічні дії та ритуали;
- незвичайну ходу (наприклад, навшпиньках або нахиляючись додолу);
- повну обсеєсивну зосередженість на якомусь предметі або темі (наприклад, смерть, насилля, космічні кораблі тощо) чи більш конкретних предметах: номерних знаках авто, телефонних номерах, цифрових рядках. Необхідно розуміти, що в цьому випадку мова йде не про звичайне колекціонування, а про явно аномальну захопленість.

Рекомендації

В установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України ви навряд чи натрапите на важкі форми аутизму, а от осіб із більш м'якими формами захворювання, цілком ймовірно, зустрінете. Розпізнати таку патологію нелегко. Та якщо конкретний випадок діагностував спеціаліст у сфері поведінки (психолог, лікар-психіатр), важливо дотримуватися інструкції щодо супроводу таких осіб, беручи до уваги їхні

обмежені комунікативні можливості й інші зазначені нюанси.

Загалом особи, які страждають на ЗРР, погано переносять зміни. Навіть найнезначніші корекції в розпорядку дня або в інтер'єрі можуть викликати в них напад агресії чи паніки. Разом із тим, з огляду на порушення асоціативних процесів та інтерпретації, варто уникати абстрактних зауважень, приказок, крилатих виразів на кшталт: «Та хоч об стіну лобом», бо може так статися, що ув'язнений сприйме цю фразу буквально, з відповідними наслідками. Оскільки особам із ЗРР складно встановлювати контакт з оточенням і розуміти його, вони мають схильність до самоізоляції. У такому випадку треба активізувати соціальну активність, за умови грамотного управління ситуацією. Як ми зазначали вище, люди із ЗРР часто стають легкими жертвами для любителів знущань і зловживань. Багато з того, що здається здоровим людям нормою (в рамках соціальної взаємодії), особам із ЗРР необхідно роз'яснювати й показувати. У випадках із такими особами необхідні повторення й терпіння.

Причини

Причинами ЗРР є вроджені відхилення, які, ймовірно, виникають або через ураження головного мозку, або внаслідок генетичних змін. Про механізми розвитку ЗРР відомо мало.

Деякі аспекти поводження з ув'язненими, які страждають на психічні розлади

Загальні аспекти

Відомо, що порушення поведінки ув'язнених нерідко створюють серйозні труднощі в роботі. Із цієї причини без жодних коливань залучайте до обговорення подібних випадків персонал різних служб установи, психолога, а також представників інших дисциплін, передаючи зміну та під час обговорень усіх засуджених/ув'язнених на загальних зустрічах мультидисциплінарних команд.

Основні аспекти поводження в таких випадках

Неспокійна, психотична поведінка

- Намагайтеся встановити контакт за допомогою запитань: «Як справи? Що ти бачиш?» тощо;
- Не ставте під сумнів галюцинації і не сперечайтесь щодо маячних ідей ув'язненого, але й не погоджуйтесь з їх існуванням;
- Намагайтеся обговорити відчуття ув'язненого, які викликають такі симптоми: «Напевно, це дуже неприємно»; «Я, напевно, зовсім розгубився б, якби зі мною таке трапилося» тощо;
- Вносьте елементи реальності: «Ти зголюєшся?»; «Сьогодні середа, 12 червня»; «Ти знаєш, де ти зараз перебуваєш?»;
- Структуруйте реальність і створюйте відчуття безпеки: «Я зможу піти з тобою до душової»; «Спочатку давай ти візьмеш свій рушник»; «Візьми свій одяг».

Пригнічений, депресивний стан

- Час від часу призначайте часи для проведення бесіди;
- Не очікуйте активних відповідей від таких осіб;
- Не вигадуйте рішень для таких ув'язнених;

- Намагайтеся стимулювати людину до будь-якої діяльності, навіть до найнезначнішої;
- Пильнуйте ознаки суїцидальності (ви також можете ставити прямі запитання щодо цього).

Реактивна поведінка

- Встановлюйте чіткі межі дозволеного;
- Не залучайтеся до дискусії.

Поведінка, спрямована на привернення уваги

- Перевірте, чи поводить себе цей ув'язнений однаково з вами та з вашими колегами;
- Оберіть одного з співробітників установи, до кого ув'язнений може звертатися – 10 хвилин щодня;
- У разі виникнення претензій переспрямовуйте цього засудженого/ув'язненого до визначеного колеги.

Самоушкоджувана поведінка

- Виявивши факт самоушкодження, зберігайте нейтральне ставлення;
- Не демонструйте вираженої стурбованості, але й не вдавайтесь до каральних методів;
- Викличте співробітника медичної частини для накладання пов'язки на рани;
- Через декілька годин обговоріть з засудженим/ув'язненим ситуацію, його мотиви та вкажіть на наявні альтернативи вирішення питання;
- Укладіть певну угоду з засудженим/ув'язненим: «Якщо під час моїх наступних чергувань ти відчуєш непереборне бажання вчинити щось подібне, спочатку попередь мене».

Маніпулятивна поведінка

- Підтримуйте виключно робочі взаємини й не допускайте встановлення довірливих, близьких стосунків;

- Регулярно обговорюйте в мультидисциплінарній команді план роботи й угоди, яких ви досягли з ув'язненим;
- Ігноруйте «героїчні» розповіді про скоєний делікт.

Додаток 2.

Інструкція з практичних дій у випадку (ймовірного) суїциду

1. У випадку (ймовірного) суїциду працівник, який це виявив, мусить якомога швидше натиснути тривожну кнопку та покликати чергового помічника начальника установи (чергового помічника начальника слідчого ізолятора) або його заступника.
2. Доцільно відразу викликати невідкладну допомогу, навіть якщо в суїцидента відсутні ознаки життя. Наприклад, іноді буває так, що після повішання життя людини можливо врятувати – у випадку, коли кровоносні судини й дихальні шляхи були здавлені всього декілька хвилин. З огляду на цей факт жертву повішання одразу після її виявлення треба дуже обережно звільнити із зашморгу.
3. Черговий помічник начальника установи (черговий помічник начальника слідчого ізолятора у разі отримання інформації про суїцидальну спробу (замах на самогубство) засудженого/ув'язненого негайно скеровує таку особу до психолога або медичних працівників закладу охорони здоров'я ДКВС України. У разі, якщо особа потребує надання екстреної медичної допомоги, діє відповідно до Порядку надання екстреної медичної допомоги

особам, узятим під варту або яким призначено покарання у виді позбавлення волі, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 року № 1122. При надходженні повідомлення про вчинення засудженим/ув'язненим самогубства забезпечує виклик медичного працівника закладу охорони здоров'я ДКВС України, оперуповноваженого, негайно прибуває на місце події та забезпечує його охорону. Черговий помічник начальника установи (черговий помічник начальника слідчого ізолятора про факт самогубства (спроби самогубства) інформує органи досудового розслідування відповідно до вимог Порядку прийняття та обліку в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах заяв і повідомлень про вчинені кримінальні правопорушення та інші події, затвердженого наказом Міністерства юстиції України від 02 лютого 2017 року № 254/5, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 02 лютого 2017 року за № 140/30008, а також невідкладно письмово (з використанням технічних засобів електронних комунікацій) повідомляє прокурора

за місцезнаходженням УВП/СІЗО та Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.

4. Начальник установи виконання покарань чи слідчого ізолятора ДКВС України протягом 24 годин інформує Міністра юстиції України або особу, яка виконує його обов'язки, про вчинення самогубства (спроби самогубства) засудженим/ув'язненим. Начальник установи зі свого боку, повідомляє працівників регіонального відділку поліції та окружну прокуратуру і чергового прокурора округу, в якому розташована установа.
5. Через необхідність проведення службового розслідування у зв'язку з

випадком неприродної смерті намагайтеся нічого не змінювати на місці події.

Службове розслідування за фактом самогубства (спроби самогубства) засудженим/ув'язненим призначається Міністром юстиції України або особою, яка виконує його обов'язки.

Службове розслідування за фактом самогубства (спроби самогубства) засудженим/ув'язненим проводиться з метою всебічного вивчення обставин надзвичайної події, виявлення та усунення можливих причин і умов, що сприяли вчиненню самогубства (спробі самогубства).

ЧАСТИНА 3. ПРОБЛЕМИ ЗАЛЕЖНОСТІ

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ

1.1. Проблема залежності

Як демонструють дослідження останнім часом, орієнтовно до 60–70 % ув'язнених страждають на залежність. Звідки такі цифри? Просто написати, що значна кількість засуджених/ув'язнених мають проблемне вживання алкоголю. Вам під час виконання своїх службових обов'язків також доведеться регулярно стикатися з проблемами залежностей. Коли ми чуємо, як використовують термін «проблеми залежності», часто перше, що спадає на думку, це наркотична залежність. Насправді здебільшого це проблеми із залежністю від алкоголю та шкідливими наслідками від вживання алкоголю. Далі за поширеністю причин іде залежність від лікарських засобів та схильність до азартних ігор. І тільки потім – залежність від наркотичних засобів.

Як відомо, залежність впливає на фізичне, психічне й соціальне функціонування людини. Крім того, у зв'язку із заборонаю вживати деякі наркотичні засоби, особи із залежністю вимушені йти в тінь і вливатися до кримінального середовища. Усі перераховані фактори роблять проблему залежності складним явищем.

Метою цього розділу є створення загального уявлення про таку проблему й формування навичок взаємодії з ув'язненими/засудженими, які мають проблему залежності.

Термін «психоактивні речовини», який буде вживатися в цьому розділі, охоплює алкоголь, наркотичні речовини й лікарські засоби.

1.2. Звичка й залежність

Звичка

Вживання психоактивних речовин зовсім не передбачає обов'язкового розвитку залежності. Багато з людей можуть контролювати вживання. У таких випадках ми не говоримо про залежність, а послуговуємося терміном «звичка» або «звичай».

Звичка – це поведінкова модель, яку людина регулярно повторює, але може припинити дотримуватися її в будь-який момент без значних складнощів.

Залежність

Коли звичка починає домінувати, потребує все більшої енергії та має згубні наслідки для фізичного, психічного й соціального функціонування людини, ми маємо справу із залежністю.

Залежність – це коли людина не в змозі відмовитися від звички з власного бажання або на прохання близьких і друзів.

1.3. Визначення поняття психоактивних речовин

Якби ми попросили випадкових людей дати визначення поняттю «психоактивні речовини», ми отримали б найрізноманітніші відповіді. Зокрема, найбільш очікуваними були б: це все заборонені законом речовини, від яких може виникнути залежність; препарати, які знижують рівень свідомості; стимулятори, гашиш, лікарські засоби, а також допінг. Усі ці відповіді певною мірою правильні, але неповні. Це демонструє складність завдання – дати точне визначення поняттю психоактивних речовин.

Вплив на свідомість

За способом своєї дії речовина може знижувати рівень активності свідомості (гальмівний ефект), підвищувати рівень активності свідомості (активуючий ефект) і змінювати свідомість (галюциногенний ефект). У трьох зазначених дій є одна спільна характеристика: психоактивні речовини викликають зміну свідомості. Якщо ми будемо орієнтуватися виключно на цей критерій, то можемо дати таку дефініцію:

Психоактивні речовини – це речовини, які впливають на свідомість людини.

Пропонуємо оцінити правильність цієї дефініції на двох доволі поширених у практиці прикладах.

Приклад № 1. Працівник, який покривав підлогу лаком, забув надіти маску, яка захищає від летючих випарів. У результаті в нього з'явилося відчуття сплутаності в голові й він був вимушений закінчити свій робочий день раніше.

Приклад №2. Після складної операції на хребті пацієнт відчуває виражений больовий синдром. Як знеболювальне йому тимчасово вводять морфін. Разом зі знеболювальним ефектом пацієнт має приємне відчуття легкої ейфорії.

У двох зазначених прикладах люди відчувають вплив речовин на їхню свідомість, але чи можемо ми сказати, що ці люди є свідомими споживачами психоактивних речовин задля досягнення ними ефекту зміни свідомості. Напевно, що ні. Тобто речовину можна називати «наркотиком», коли ця речовина приймається саме з метою досягнення зміни свідомості. З огляду на останній факт ми можемо доповнити попереднє визначення наркотику (психоактивні речовини).

Наркотики – це речовини, які швидко викликають помітний ефект на свідомість людини та приймаються саме із цією метою.

Це визначення доповнено двома важливими елементами:

- «Швидко викликають помітний ефект» – є деякі лікарські засоби, наприклад, антидепресанти, які дають

бажаний ефект, але приблизно після двох тижнів прийому. Такі речовини не є привабливими для споживачів наркотиків у зв'язку з довгим періодом між прийомом препарату й досягненням бажаного ефекту.

- «Саме із цією метою» – споживачі наркотиків свідомо вживають певну речовину саме з метою викликати з її допомогою зміну свідомості.

1.4. Класифікація наркотичних речовин

Таблиця. Класифікація наркотичних речовин за характером їхнього впливу на свідомість людини

Речовини, які викликають пригнічення свідомості	Речовини, які стимулюють свідомість	Речовини, які змінюють свідомість
Опіати: • Опіум • Морфін • Героїн • Кодеїн • Метадон	Кокаїн («крек»)	Канабіс (гашиш, марихуана)
Алкоголь	Амфетамін («спід», «стимулювальна таблетка», «амфетаміновий допінг»)	Синтетичні речовини, які вводять у «подорожі» (ЛСД)
Бензодіазепіни (снодійні й заспокійливі препарати)	Кофеїн (кава, чай, кола)	Речовини натурального походження, які вводять у «подорожі» (мескалін, псилоцибін)
Летючі розчинники: • Ацетон • Ефір • Плямовидник • Розчинник • Бензин	ХТС («екстезі»)	

Таке розділення наркотичних речовин базується на характері їхнього впливу на свідомість людини.

1. Наркотичні речовини, які викликають пригнічення свідомості.

Такі речовини спричиняють зниження рівня свідомості, схоже на те, яке виникає в людини перед засинанням. Приклади: героїн і алкоголь.

2. Наркотичні речовини, які мають стимулюючий ефект на свідомість.

Такі речовини мають активуючий ефект. Здається, що в організм «вливається» енергія. Вони стимулюють свідомість, а споживач таких речовин почувається ніби в стані підвищеної готовності. Прикладами речовин зі стимулюючою активністю є кокаїн і «спід»/«швидкість» (амфетамін).

3. Речовини, які спричиняють зміну свідомості.

Такі речовини призводять до змін свідомості, а споживач сприймає себе й навколишній світ зовсім по-іншому. По-іншому відчуються час і простір. Споживач таких речовин може чути звуки або бачити щось, чого не існує в реальності (галюцинації). Приклади: гашиш, ЛСД.

1.5. Фізична й психічна залежність

Унаслідок вживання психоактивних речовин може виникати фізична та/або психічна залежність. Ці поняття ми розглядаємо нижче.

Ознаки абстиненції

У разі регулярного вживання психоактивних речовин люди настільки до них звикають, що коли переривається систематичне потрапляння до організму, порушується певна рівновага й виникають неприємні відчуття, які визначаються як абстиненція. Ознаки абстиненції можуть бути настільки сильними й вираженими,

що людина із залежністю в такий період буде зовсім хворою. Ці хворобливі симптоми в жодному разі не надумані та в крайніх випадках можуть навіть загрожувати життю. В таких випадках необхідно організувати медичний супровід такої особи.

Явище, коли організм втрачає спроможність нормально функціонувати без якоїсь речовини, має назву «фізична залежність».

Толерантність

Щоб досягнути того самого ефекту від психоактивної речовини, залежній людині на якомусь етапі потрібна дедалі більша кількість відповідного наркотику. Так відбувається тому, що організм «звикає» до дії певної дози наркотичної речовини. В організмі розвивається стійкість, або толерантність. До одних речовин толерантність розвивається швидше, до інших – повільніше. Наприклад, толерантність до героїну виникає дуже швидко, а до алкоголю – повільно.

Толерантність, або звикання, має фізичну основу. Коли людина відмовляється від уживання наркотичної речовини, її толерантність до цієї речовини знову падає. Якщо споживач героїну деякий час не вживає наркотик, а потім введе собі дозу, яка була для нього звичайною раніше, до того моменту, коли він перервав уживання, – ця доза може бути для нього смертельною.

Толерантність – це звикання організму до дії наркотичної речовини. З цієї причини для досягнення того самого ефекту необхідна більш висока доза цієї наркотичної речовини.

Детоксикація

Процес звільнення від звиклого надходження наркотичної речовини, подолання фізичної залежності називається детоксикацією.

Симптоми стану залежать від характеру залежності, а також від психоактивної речовини, яка вживалася. Так, продукти коноплі, наприклад, гашиш, не дають симптомів абстиненції, а в разі використання героїну або метадону симптоми

абстиненції проходять із вираженим больовим синдромом. Вони нагадують тяжкий грип у поєднанні з порушеннями сну й неспокоєм.

Психічна залежність

Фізична залежність, із притаманним їй страхом перед симптомами абстиненції, є однією з причин, з яких наркозалежні не припиняють вживати наркотики. Але якби ця причина була єдиною, вирішити її було б доволі швидко. Симптоми абстиненції – дуже неприємна річ, але найчастіше це не триватиме понад два тижні.

Однак навіть коли основні прояви фізичної залежності минулися, у більшості випадків інтенсивне, практично непереборне бажання вживати наркотик зберігається. Саме цей феномен і називається потягом, або психічною залежністю, яка є однією з основних складових залежності.

Психічна й фізична залежність передбачає, що загалом залежність може виникнути й без фізичного звикання. Яскравим

прикладом цього є залежність від азартних ігор.

Поведінкові особливості осіб із залежністю

Психічна залежність має п'ять основних поведінкових особливостей, які можна розпізнати практично у всіх осіб із залежністю. Така особа:

- Має постійні думки, бачить сни про вживання наркотику, особливо, якщо речовина є дефіцитом і її складно дістати;
- Нав'язливо пропонує іншим використання наркотику, який вживає сама;
- Має сильний емоційний зв'язок із факторами, які так чи інакше пов'язані з вживанням;
- Не говорить правду про дозу, яку насправді вживає;
- Розпізнає інших залежних осіб і місця, де можна дістати наркотик.

РОЗДІЛ 2. ДІЯ ТА ЕФЕКТ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

Дія речовини передусім визначається природою самої речовини. У цьому контексті важлива роль приділяється чотирьом факторам:

1. Способу вживання;
2. Розміру дози;
3. Причині вживання;
4. Поєднанню вживання декількох речовин.

1. Спосіб вживання

Вдалим прикладом ефекту залежності від способу вживання є куріння героїну та його ін'єкційне вживання. В останньому випадку ефект («кайф») настає дуже швидко, так званий «флеш», і такий ефект практично не спостерігається в разі куріння героїну.

Для алкоголю також добре відомо, що пара чарок, які випиті одна за одною, дають прискорений ефект.

2. Величина дози

Величина дози також визначає ефект, який викликає речовина, з урахуванням толерантності.

3. Причина вживання наркотику

Наркотик може використовуватися для лікування/самолікування, підвищення витривалості, працездатності, щоб забути, посилити свій творчий потенціал, покращити сексуальні «досягнення», добре провести час у компанії або це може бути пов'язано з компульсивним бажанням. У будь-якому випадку від мети часто залежить і вибір того чи іншого наркотику.

4. Поєднане вживання декількох речовин

Поєднане вживання декількох речовин може спричиняти найбільш непередбачувані реакції (сильний страх, гнів, втрата свідомості, епілептичні напади тощо). Також загальний ефект буде значно сильніший, ніж у разі вживання кожної речовини окремо.

«Жорсткі» та «м'які» способи вживання наркотичних речовин

Окрім категорій «тяжкі»/«легкі» наркотики, є також «жорсткий» і «м'який» способи їх вжитку. Так, продукти канабісу часто називають «легким» наркотиком. І справді, його рідкісне вживання не буде мати серйозних наслідків. Разом із тим надмірне вживання канабісу викликає наслідки, і доволі серйозні. Алкоголь також вважається «легкою» наркотичною речовиною, і якщо випивати не більше як «одну чарку на день», проблем не виникає. А от якщо людина випиває дві пляшки горілки на день, через певний час алкоголь обернеться жорстким наркотиком із серйозними, а часто й летальними наслідками.

Оцінювання вживання особою наркотичної речовини

Для всіх працівників, які вступають у контакт зі споживачами наркотиків, важливо вміти визначити, під впливом якої саме речовини перебуває особа. У цьому ми можемо спиратися на особливості поведінки людини, «мову» її тіла й наявність предметів, типових для вживання тих чи інших наркотиків. Наприклад: шприців, трубок для куріння, маленьких дзеркал тощо. Таке оцінювання можуть ускладнювати певні фактори, а саме:

- часто наркотики вживають у поєднанні з алкоголем;
- досвідчені споживачі навчаються виглядати «не під кайфом»;
- ефект наркотичної речовини залежить від ступеня звикання до неї;
- антисоціальну поведінку можна сприйняти як поведінку людини в стані наркотичного сп'яніння.

2.1. Алкоголь

Алкоголь є психоактивною речовиною, яка вживається найчастіше у світі, після тютюну й кави. Є безліч пропозицій щодо різновидів алкогольних напоїв. Окрім цієї різноманітності, є ще й велика кількість брендів у кожній окремій групі. Прикладом можуть бути різні сорти пива, вина, а в сучасному світі й слабоалкогольні коктейлі в банках.

Алкоголь у пенітенціарних закладах

У установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України втрапляються випадки, коли ув'язнені/засуджені виготовляють для себе алкоголь. Алкоголь можна отримати шляхом перегону суміші фруктів, хліба й води.

Треба пам'ятати такі важливі речі про алкоголь:

- Уживання алкоголю вважається надмірним, коли випивається більш ніж вісім доз (одна доза – 10 сантілітрів, або 100 мл чистого алкоголю).
- 40% усіх агресивних злочинів скоюються під впливом алкоголю.

2.1.1. Дія алкоголю

Алкоголь відразу після прийому через слизову рота, стравоходу, шлунку й кишківника потрапляє до кровоносної системи, а далі кров розносить його по всіх органах.

Кількість у проміле

Кількість алкоголю в крові оцінюється в проміле. Показник 0,5 проміле означає, що в 1 мл міститься $\frac{1}{2}$ мг чистого алкоголю.

На початку сп'яніння алкоголь здійснює стимулюючий ефект. Це проявляється підвищенням загального енергетичного рівня, полегшенням дихання, легкістю у вияві емоцій. У разі прийому більших доз алкоголю на зміну активуючому ефекту приходить пригнічуючий. Відбувається зниження рівня свідомості та швидкості психічних процесів.

Через деякий час після прийому алкоголю починає розщеплюватися в організмі, і в цьому механізмі велика роль належить печінці. Розпад алкоголю в нормі складає

0,02 проміле на 10 кг маси на годину (цей процес займає приблизно дві години).

Надмірна кількість одночасного вживання алкоголю може спричинити серйозну шкоду фізичному й психічному здоров'ю. Тут головну роль відіграють доза та індивідуальна чутливість відповідної особи. Особливо чутливі до впливу алкоголю ті органи, які беруть безпосередню участь у його переробленні, а саме шлунок, печінка, підшлункова залоза й головний мозок.

Жодна речовина не впливає в такий руйнівний спосіб, як алкоголь.

2.1.2. Вплив на фізичний і психічний стан

Алкоголь – речовина, яка може спричинити фізичну й психічну залежність. Після прийому алкоголю люди відчувають такі ефекти:

Фізичні ефекти:

- прискорений пульс і дихання;
- підвищена температура тіла;
- порушення сприйняття смаку й нюху;
- зниження больової чутливості;
- підвищений апетит;
- посилене сечовиділення;
- погіршення координації;
- зниження швидкості реакцій;
- почервоніння шкіри обличчя;
- розширення зіниць;
- посилення ймовірності блювання.

Психічні ефекти

- зниження больової та стресової чутливості;
- зниження самокритики та переоцінка особистості;
- часткова відсутність природного гальмування;
- погіршення пам'яті;
- зниження критичного мислення.

Якщо ми подивимося на кореляцію між кількістю алкоголю в проміле та змінами в організмі, матимемо таку картину:

0,2 проміле – зміна настрою та поведінки (0,2 проміле – межева норма для

можливості управління автомобілем, регламентована законом);

1 проміле – похитування, неможливість триматися прямо (межа соціально прийнятної поведінки);

2 проміле – блювання, значне порушення рівноваги, двоїння в очах, випадіння з пам'яті (блекаути або палімпсести);

3 проміле – втрата можливості чітко говорити, нечутливість до болю, поверхневе дихання;

4 проміле – зупинка дихання (у 50% випадків призводить до смерті);

> 4 проміле – зупинка серця.

Наведені в проміле дані та ступінь змін у психічному й фізичному станах залежать від толерантності до алкоголю в конкретної особи.

2.1.3. Симптоми абстиненції

Найбільш характерними є такі симптоми:

Фізичні симптоми абстиненції:

- тремор кінцівок і язика;
- виражене потовиділення, прискорений пульс;
- підвищений кров'яний тиск і температура тіла;
- безсоння;
- м'язові судоми.

Психічні симптоми абстиненції:

- сплутаність свідомості;
- порушення мислення;
- тривога;
- дратівливість;
- напруженість;
- депресія.

У період абстиненції таким особам часто призначають препарат лібріум (хлордіазепоксид – анксіолітичний препарат із групи бензодіазепінів). Цей лікарський засіб значною мірою полегшує симптоми алкогольної абстиненції.

Судомні напади й delirium tremens

Якщо в пацієнта орієнтовно через 10–36 годин після останнього вживання алкоголю виявляються виражений тремор і

неспокій, які мають тенденцію до наростання в часі, можна передбачити виникнення судомного нападу. Для судомного нападу характерні такі ознаки:

- під час великого судомного нападу спостерігається втрата свідомості.
- шкіра обличчя спочатку червоніє, а потім стає синюшною. Так відбувається, бо дихання під час нападу на якийсь час переривається.
- іноді пацієнт може прикусити язика, у нього відбувається мимовільне сечовипускання.

Delirium tremens («біла гарячка»)

У третини пацієнтів із судомними нападами на фоні абстинентного синдрому виникає «біла гарячка». Delirium tremens розцінюється в цьому випадку як симптом алкогольної абстиненції. На його ймовірний розвиток вказують такі передвісники:

- тривога;
- моторний неспокій;
- тремор;
- параноїдальна поведінка.

Симптоми алкогольного делірію

- коливання рівня свідомості;
- порушення орієнтації в часі й місці;
- моторний неспокій;
- галюцинації, найчастіше за участю дрібних комах, паразитів, тварин;
- виражений тремор всього тіла;
- прискорений пульс;
- висока температура тіла.

Групу ризику щодо виникнення алкогольного делірію становлять ті особи, які приходять у поліцію повинитися. Так відбувається, бо часто такі особи намагаються перед ув'язненням як слід напиться – «вдосталь» перед тривалою перервою. Треба пам'ятати, що «біла гарячка» може легко закінчитися летальним випадком.

Отруєння алкоголем

Описані вище симптоми можуть також спостерігатися і в разі отруєння алкоголем. У такому випадку причиною розвитку тяжкого стану є не абстиненція, а надмірна

кількість алкоголю в організмі. Смертельна небезпека загрожує насамперед особам зі зниженою толерантністю за високих рівнів алкоголю в організмі (близько 4,0 проміле й вище).

Корсаковський синдром

Безперервне й тривале вживання алкоголю у великих кількостях може призвести до серйозного ураження головного мозку. Один із розладів, які можуть розвинути в такому випадку, має назву Корсаковський синдром. Найбільш характерним симптомом цього розладу є проблема з імпринтингом – нова інформація не зберігається або зберігається частково. Імовірність розвитку Корсаковського синдрому підвищується за умови недостатнього харчування.

2.2. Лікарські засоби

У процесі розвитку західної медицини виникла велика хімічна індустрія, яка серед іншого спеціалізується на виробництві ліків, що впливають на свідомість.

Знеболювальні та снодійні препарати

Лікарські засоби, які пригнічують центральну нервову систему, можна формально поділити на дві відомі групи:

- знеболювальні/заспокійливі (транквілізатори);
- снодійні (барбітурати).

До першої групи належать препарати з групи бензодіазепінів. Вони призначаються лікарем, відпускаються за рецептом і мають заспокійливий, розслаблюючий ефект. Використовуються в разі станів тривоги, неспокою, небажаних емоцій і напруги. Здебільшого ці препарати малотоксичні, за винятком рогіпнолу, який також є препаратом зі снодійною та заспокійливою дією. Протягом останніх кількох років споживачі кокаїну й героїну зловживають цим препаратом для досягнення «кайфу», а також щоб легше пережити періоди відсутності наркотику.

2.2.1. Різновиди лікарських форм і способів їх вживання

Найчастіше використовують таблетовані форми бензодіазепінів, хоча на ринку також представлені бензодіазепінові препарати в капсулах та ампулах. Перед вживанням таблетки подрібнюють у порошок, підігрівають на шматочку фольги над вогнем і вдихають випари лікарського засобу. Іноді вживають одночасно декілька препаратів. У такому випадку подрібнюють декілька різновидів ліків у порошок, змішують і підігрівають отриману суміш. Використовується й інший спосіб введення, а саме порошок із подрібнених таблеток розчиняється у воді, а отриманий розчин вводиться ін'єкційно.

2.2.2. Вплив на фізичний і психічний стан

Препарати цієї групи ліків дуже різняться за ефектом, який вони викликають, але треба зазначити, що загалом усі вони призводять до «розмивання», зниження інтенсивності фізичних та психічних подразників. Алкоголь і бензодіазепіни посилюють дію одне одного.

Ефект від вжитку нормальної дози:

- байдужість;
- зниження ступеня тривоги й напруги;
- зниження концентрації уваги та швидкості реакції (дуже показовим є зниження реакції під час керування автомобілем);
- м'язова релаксація та сонливість.

Ефекти від вжитку високої дози:

- стан на кшталт «усе до лампочки»;
- зниження пам'яті на події, які відбувалися під час дії препарату;
- м'язова слабкість;
- порушення моторики. Наприклад, ув'язнений не може ложкою «влучити» в тарілку, мова «змазана»;
- запаморочення та порушення рівноваги;
- бліде й припухле обличчя;
- млявість і сонливість;

- значно знижена швидкість реакції.

Треба пам'ятати, до цих речовин дуже швидко формується звикання.

2.2.3. Симптоми абстиненції

Якщо подібні речовини приймаються довгий час, та ще й у великих дозах, можуть виникнути серйозні симптоми абстиненції в разі різкого переривання вживання, а саме:

- тривога, напруга й відчуття неспокою;
- безсоння та сильна тяга до препарату;
- сильне потовиділення, тремор і нудота;
- іноді через декілька днів після переривання вживання можуть виникнути судомні напади, галюцинації, параноїдний психоз і думки про самогубство (у такому випадку необхідна психіатрична допомога).

Одночасне вживання опіоїдів та лікарських засобів дає більш тяжкі і більш тривалі за часом симптоми абстиненції.

2.3. Опіати

Екстракт маку використовують у приготуванні їжі й напоїв уже близько 4000 років. Разом із виноградом та коноплями це одна з найдовше культивованих людьми рослин. Молочний сік, який протікає на коробочці маку після розрізів, називається опіумом.

Опіати – це речовини, які отримують з опіуму, і це опіати природного походження. З опіуму виготовляється морфін, а з морфіну – героїн. Героїн уятеро сильніший, ніж морфін, і швидше за нього призводить до фізичної залежності.

Окрім опіатів природного походження, є синтетичні опіати: депронал, метадон, палфіум. З 1985 року на ринку також присутній синтетичний героїн – MPPP (1-methyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine). Дія такого героїну може бути у 7000 разів сильнішою, ніж дія героїну природного походження.

У кожній країні та в кожній мові є свої сленгові назви наркотичних речовин.

2.3.1. Різні форми й способи вживання

Героїн з'являється на ринку в таких формах:

- як коричневі крихти, схожі на наповнювач для котячого туалету («коричневий цукор»);
- як коричневий порошок;
- як брудно-білий порошок, схожий на борошно.

Коричневий колір героїну зумовлений слідами опіуму в речовині. Героїн має запах оцту. Дози найчастіше заковуються в кульки або запаковуються в пакетики.

Споживачі героїну переважно вдихають його пари або вводять внутрішньовенно після розігріву на фользі над вогнем. Можливе також вдихання порошку через ніс або куріння.

Випарювання

Для випарювання: доза героїну кладеться на шматочок фольги. Фольга нагрівається, а пари героїну вдихаються через паперову трубочку. Таку процедуру нескладно провести навіть у тюремному туалеті. Крім того, пари героїну не мають інтенсивного запаху, максимум можна відчути легкий запах кислоти.

Ін'єкційне вживання

Для ін'єкційного вживання: доза героїну розчиняється в оцті або лимонній кислоті (у сильно вигнутій ложці). Потім отримана суміш нагрівається. У нагрітий розчин кладеться «фільтр». Це можуть бути шматочки вати або сигаретні фільтри. Через такий фільтр рідина набирається в шприц, і робиться ін'єкція. Після ін'єкції настає «флеш» («прихід»). Тобто впродовж однієї хвилини досягається «потрібний» ефект.

Зазвичай ін'єкції роблять на внутрішній поверхні ліктьового згину.

2.3.2. Дія

Ендорфіни

У головному мозку людей і тварин у певних обставинах (смачна їжа, спортивні досягнення, оргазм) виробляються

речовини, які позитивно впливають на фізичний та психічний стан. Ці речовини називаються ендорфінами.

Дія ендорфінів схожа на дію опіатів. Про героїн кажуть, що він відділяє відчуття від розуму. Така дія є дуже привабливою для людей, які намагаються позбутися тривоги й страхів. Часто від споживачів героїну можливо почути, що, вживаючи наркотик, вони стають спокійними. І часто ці люди вважають, що діють раціонально й «відрізані» від своїх емоцій.

Залежно від споживача й конкретної ситуації героїн може діяти впродовж 2–4 годин після прийому. Найсильніший ефект настає відразу після його введення й надалі поступово послаблюється. При цьому велике значення має ступінь «чистоти» речовини. Наркотик, який продається «на вулиці», часто містить лише 15–20% героїну.

Домішки

Часто героїн «розбавляють» дилери, через руки яких проходить наркотик у процесі його доставки до кінцевого споживача. Найчастіше додають парацетамол, кофеїн, цукор, соду або ліки від кашлю. Іноді можуть підмішувати навіть небезпечні речовини. У разі тривалого вживання, як було описано вище, змінюється сам мотив вживання. На якомусь етапі люди далі вживають наркотик лише для забезпечення більш-менш задовільного самопочуття.

Метадон

Це синтетичний опіат, який використовується для зняття «ломки» від інших опіатів. Тривалість дії – 24 години*.

Симптоми метадонової абстиненції не такі виразні, але утримуються триваліше, ніж після припинення прийому героїну, а саме до 10–14 днів.

У більшості пенітенціарних закладів метадон ув'язненим з опіоїдною залежністю дають у період «ломки» для зниження проявів симптомів абстиненції до прийнятно-го рівня.

* Примітка. В Україні препарат метадону гідрохлорид використовується не тільки як препарат для проведення детоксикації (зняття «ломки»), а й у якості препарату для проведення замісної підтримувальної терапії в разі опіоїдної залежності, який приймається довготривало, а іноді все життя. Дія гідрохлориду метадону триває до 30–34 годин.

2.3.3. Вплив на фізичний і психічний стан

Опіати природного й синтетичного походження мають виражену адиктивну дію, як фізичну, так і психічну.

Після прийому опіатів спостерігаються описані далі ефекти.

Фізичні:

- звуження зіниць;
- пригнічення кашлю;
- знеболення;
- свербіж у носі, вухах та кінцівках;
- повільна, емоційно знебарвлена, нечітка мова;
- загальна млявість, загальмованість, моторна повільність;
- більш рідке випорожнення кишечника, закреп.

Психічні:

- ейфорія (абсолютна невразливість для зовнішніх подразників);
- зниження концентрації уваги;
- розслабленість;
- безтурботність;
- відсутність больової чутливості, відчуття холоду й голоду;
- відсутність сумних переживань і тривог.

Описані прояви найбільш інтенсивними є в перші дві години після прийому дози.

Цікавий факт: споживачі наркотиків можуть визначати певні проблеми в собі, але без емоційного залучення. Вони говорять про себе, але від третьої або другої особи: «Ти не хочеш мучитися, тому йдеш і крадеш».

2.3.4. Симптоми абстиненції

«Ломка»

Через 6–12 годин після прийому останньої дози героїну (або іншого опіату) в залежного починає наростати занепокоєння – йому потрібна чергова доза. Перші ознаки абстиненції – позіхання, озноб, посилене потовиділення, ринорея та сльозотеча. Через 24 години прояви «ломки»

стають сильнішими: з'являється «гусяча шкіра», більш виражені ринорея, слюзотеча, приступи позіхань, розширення зіниць. Також на цій стадії приєднується діарея та спазми в животі.

Через 36–48 годин усі перераховані симптоми ще більше посилюються. Також з'являється головний симптом – болі в м'язах спини, суглобах рук і ніг. Цей «глибокий» біль виходить ніби із самих кісток. До цього приєднується підвищена активність шлунково-кишкового тракту, у зв'язку з чим пацієнта турбує нудота, біль в шлунку й діарея.

Через кілька днів симптоми поступово згасають. Тривалість симптомів може варіювати від трьох до семи днів залежно від тяжкості наркотичної залежності. Також на тяжкість і тривалість гострої фази абстиненції може негативно впливати вживання декількох наркотичних засобів одночасно, наприклад, героїну в комбінації з метадоном і рогіпнолом.

Зв'язок психічного й фізичного компонентів залежності

У разі надання медико-психологічної допомоги особам із наркотичною залежністю мають на увазі, що співвідношення фізичного й психічного відвикання має пропорцію 1:12. Тобто психічне відвикання триває щонайменше у 12 разів довше, ніж фізичне.

2.4. Кокаїн

Кокаїн виготовляється з листя кущів коки. Ця рослина зростає на схилах гір Анд у Південній Америці, здебільшого в Перу й Болівії. В останні роки його розпочали культивувати також у Колумбії та Бразилії. Основною причиною такої ситуації є той факт, що вирощування коки для місцевих землеробів видається значно дохіднішою справою, ніж вирощування кави.

Кокаїнова основа

Кокаїн у природному вигляді називається кокаїновою основою. Кокаїнова основа погано розчиняється у воді, тому її неможливо вдихати інгаляційно або вводити ін'єкційно, але її можна курити. Кокаїнову

основу отримують способом вимочування листя коки в керосині. Отриманий проміжний продукт називається пастою коки та вміщує близько 60% кокаїнової основи. Пасту коки очищують за допомогою ефіру й ацетону. Потім кокаїнова паста, очищена на 90%, обробляється соляною кислотою. Тільки на цьому етапі отримується кінцевий продукт – кокаїн. Кокаїн дуже гарно розчиняється у воді, у зв'язку з чим його можна нюхати та вводити ін'єкційно.

«Крек»

Крек – це кокаїнова основа у формі кристалів, яка виготовлена виключно для куріння.

Кокаїн – наркотик, який можуть використовувати всі прошарки населення, але його також називають наркотиком «для найвищого товариства», з огляду на те, що ефект кокаїну найбільше люблять саме в цих колах.

2.4.1. Який наркотик на вигляд і способи його вживання

Чистий кокаїн – це кристалічний порошок білого кольору. Кристали кокаїну виблискують і практично прозорі. Кокаїн має запах ацетону й гіркий присмак. «Крек» – це жорсткі дрібні шматочки, схожі на сірувату глину.

Вдихання через ніс

Вдихання через ніс є найпоширенішим способом вживання кокаїну – в такому випадку його дія починається вже через кілька хвилин.

Куріння

В останні роки особливо поширилося куріння «приготованого» кокаїну («креку»). Для цього якась кількість кокаїну для вдихання через ніс підігрівається в ложці з додаванням столової соди, нашатирного спирту й води. Після закипання в рідині починають формуватися шматочки кокаїну, які виймаються ножем. Ці шматочки курять у спеціальних трубках або випарюють у фользі, а потім вдихають через трубочку. Кокаїн, виготовлений у такий спосіб, має більшу адиктивну дію та сильніший ефект.

Ін'єкційне вживання

Кокаїн також може вводитися безпосередньо у вену. Часто задля досягнення «додаткового» ефекту героїн і кокаїн комбінують в одній ін'єкції. Така суміш має назву «спідбол».

2.4.2. Дія

Кокаїн – дуже ефективний засіб для місцевого зниження чутливості. Діючи місцево, він викликає блокування сенсорної провідності. Анестетичний ефект закінчується, як тільки припиняється дія кокаїну. Саме через це в минулому кокаїн використовували і як ліки. Кокаїн має адиктивну дію на фізичному й психічному рівнях, але через певні особливості є чимало споживачів кокаїну, які вживають його час від часу, так звані «споживачі вихідного дня».

2.4.3. Вплив на психічний і фізичний стан

Фізичні ефекти:

- Локальне зниження чутливості;
- Стимуляція ЦНС;
- Прискорення частоти дихання;
- Підвищення частоти серцевих скорочень і підвищення артеріального тиску;
- Підвищення температури тіла;
- М'язове напруження;
- Посилення фізичної активності;
- Риніт (у разі частого вживання кокаїну через вдихання);
- Посилене сечовиділення;
- Розширення зіниць (очі ніби виблискують).

Психічні ефекти:

- Особа відчуває емоційне задоволення й перебуває в гарному настрої;
- Загальний енергетичний рівень підвищений;
- Мислення ясне;
- Підвищена сексуальна активність.

Якщо дози завищені, ейфорія може обернутися дисфорією, ясність мислення – перейти в сплутаність, фізична активність – у

моторне збудження, а сексуальна чутливість – в імпотенцію.

На відміну від споживача героїну, споживач кокаїну стає активним після дози. Він не може втриматися на місці, перебуває в постійному русі й багато розмовляє. Він впевнений у собі, і це призводить до переоцінки. Особи, які часто вживають кокаїн, можуть стати неприємними для оточуючих у зв'язку з тим, що стають байдужими, пихатими й егоїстичними, але водночас самі вони себе такими не сприймають.

2.4.4. Симптоми абстиненції

Після припинення тривалого вживання кокаїну виникають такі симптоми:

- Сильний потяг до кокаїну;
- Тривалі періоди сну, який не приносить бадьорості й відпочинку;
- Відчуття втомленості, байдужості й виснаження;
- Виражене відчуття голоду;
- Пригніченість із відчуттям провини й сорому, іноді думки про самогубство.

Чим більше людина нашкодила своєму організму кокаїном, тим важчими будуть симптоми абстиненції. Неприємні наслідки після порошку кокаїну у вихідні проходять через 48 годин. У випадку переривання тривалого куріння «креку» або ін'єкційного його вживання симптоми абстиненції будуть більш тяжкими й тривалими, також вони можуть включати додаткові ознаки:

- Озноб;
- М'язові болі й тремтіння;
- Мимовільні рухи м'язів;
- Нудоту.

Такі симптоми можуть тривати від двох до п'яти днів.

2.5. Стимулятори

Амфетамін

Найвідоміший зі стимуляторів, амфетамін уперше отримано хімічним способом у 1887 році. Дуже скоро стало відомо, що за хімічною структурою він дуже схожий на

адреналін. Із часом хімічна промисловість навчилася виробляти форми амфетаміну з дедалі більшою потужністю дії – метамфетаміни (метедрин і первітин). До 60-х років XX століття амфетамін використовувався як засіб для схуднення та як стимулятор.

Як і в разі використанні опіатів, організм швидко розвиває толерантність до стимуляторів. Інші назви – «спід», «вінт», «лід» тощо.

2.5.1. Який наркотик на вигляд і спосіб його вживання

У чистому вигляді стимулятор являє собою дрібні білі блискучі кристали. Іноді представлений у таблетках по 5 і 10 мг або в капсулах.

Нині на ринку представлено багато варіантів стимуляторів, і кожний має свій хімічний склад. Вони здебільшого низької якості. Стимулятори можуть вживатися орально (через рот), вдихатися та вводитися ін'єкційно. На ринку США є і варіант для куріння – ICE.

2.5.2. Дія

Стимулятори мають дуже примітну особливість – вони знижують відчуття втомлюваності. Навіть якщо тіло виснажене, людина цього не відчуває або практично не відчуває. Природним чином такий ефект викликає адреналін. Ця речовина виробляється в організмі людини наднирковою залозою, і серед інших ефектів також підвищує артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень.

Стимулятори можуть спричинити серйозну психічну залежність. У разі регулярного вживання швидко наростає толерантність до речовини.

2.5.3. Вплив на фізичний та психічний стан

Фізичні ефекти

Амфетамін призводить до таких змін у фізичному стані:

- Спазми щелепи;
- Розширення зіниць;
- Підвищення м'язової сили;

- Зниження апетиту;
- Зниження необхідності в сні;
- Прискорення сечовиділення;
- Свербіння шкіряних покривів, їх розчісування й формування осередків запалення та шрамів.

Психічні ефекти

Стимулятори також впливають на психічний стан, а саме спостерігається:

- Зниження самокритики;
- Високий рівень уваги;
- Бадьорість;
- Ясність мислення;
- Підвищена потреба в спілкуванні, збільшення мовного потоку.

При споживанні більших доз неприємні ефекти змінюються на протилежні, тобто споживач стає підозрілим, тривожним, напруженим, він дратівливий і вороже налаштованим до інших, неспокійний та збуджений. До того ж наявні неприємні соматичні симптоми, а саме прискорене серцебиття, запаморочення, головний біль і безсоння.

Стимулятори виводять з організму кальцій. Наслідком цього є швидке та виражене ушкодження зубів, ламкість нігтів і випадіння волосся. Знижується опір інфекціям, турбують болі в м'язах та суглобах.

2.5.4. Симптоми абстиненції

Психічна залежність

Стимулятори не призводять до фізичної залежності, але викликають виражену психічну залежність. Симптомами відміни амфетаміну є виснаження, тривога, втомленість, кволість, депресія, а також дратівливість і поганий настрій. Ці симптоми зберігаються по декілька тижнів і супроводжуються поверхневим та неспокійним сном.

В ув'язнених, які потрапили до виправних колоній та слідчих ізоляторів й уже певний час не приймають психостимулятори, може розвинути психоз, котрий буде віддаленим симптомом абстиненції.

2.6. Екстазі

Наркотична речовина екстазі була розроблена в 1898 році однією з німецьких лабораторій. У той час вона була отримана на основі олії мускатного горіха (сафролової олії). Пізніше, уже в 1950-ті роки, ця наркотична сполука була створена цілком синтетичним способом і отримала назву МДМА (метилендіоксиметамфетамін).

Екстазі – амфетамінподібна сполука зі стимулюючою дією та ефектом зміни свідомості. У середині 80-х рр. XX століття цей наркотик з'явився на танцювальних заходах Європи, однак у той час його присутність була незначна.

2.6.1. Типові зовнішні риси наркотику та спосіб уживання

Екстазі пропонується на ринку передусім у вигляді таблеток, але буває також у пігулках та порошку. У Переважно МДМА запивають водою, безалкогольним або алкогольним напоєм.

Таблетки можуть бути різних кольорів і форми. Часто на них нанесені знаки: кролик, дельфін, серце тощо. Знак нічого не повідомляє про «якість» наркотику.

2.6.2. Дія

Серотонін

Наш мозок виробляє речовину серотонін, яка серед іншого чинить дію на наш настрій. Занадто низький рівень серотоніну є причиною депресії, відповідно, підвищення концентрації цієї речовини призводить до покращення настрою. Екстазі також викликає підвищення рівня серотоніну в головному мозку.

Дофамін

Екстазі посилює вироблення дофаміну в мозку людини. Ця речовина здійснює стимулюючий ефект.

Відомо, що в разі повторного вживання екстазі рівень серотоніну залишається на попередній позначці, при тому що рівень дофаміну зростає далі. Отже, доведено, що екстазі насамперед має стимулюючий ефект.

Стимулюючий і галюциногенний ефект

Екстазі – це перший наркотик, який поєднує в собі стимулюючий ефект із галюциногенним.

За час дії таблетки, а це 6–8 годин, споживач проходить кілька стадій. Пік припадає на другу-третю години після прийому. Нерідко після вживання можуть виникати певні негативні відчуття, але здебільшого це пов'язано або з індивідуальною чутливістю, або з поганою якістю таблеток. Відомо декілька випадків, коли люди помирили після прийому чистого МДМА. Найчастіше смерть у таких випадках наставала у зв'язку з фатальною реакцією печінки на екстазі, зумовленою гіперчутливістю. Окрім того, буває так, що споживачі екстазі не помічають гіпертермії, яка іноді трапляється на фоні дії дофаміну. Гіпертермія в сукупності зі втратою рідини під впливом активних рухів може призвести до виснаження з можливим летальним випадком.

Найбільше ризикують особи, які тільки розпочинають свій досвід вживання екстазі. Досвідчений споживач екстазі зазвичай знає, що може відбуватися під час вживання, як можна справлятися з негативними наслідками й де краще придбати таблетки.

2.6.3. Вплив на психічний і фізичний стан

Фізичні ефекти:

- Розширення зіниць;
- Бажання рухатися, танцювати;
- Усмішка, що не зникає з обличчя;
- Зниження апетиту;
- Спітнілі долоні;
- Скутість у кінцівках;
- Напруга м'язів нижньої щелепи та скреготання зубами.

Психічні ефекти:

- Ейфорія;
- Відчуття легкості в голові;
- Відчуття любові й симпатії до будь-кого;
- Відчуття наявності зв'язку зі світом і всіма людьми, просвітлення;
- Посилення сенсорних відчуттів.

2.6.4. Симптоми абстиненції

Екстазі не викликає фізичної залежності, але у споживачів може виникнути сильне психічне тяжіння до наркотику.

Фізичні симптоми абстиненції:

- Скреготання зубами;
- Пітливість;
- Блювання;
- М'язова напруга;
- Відчуття виснаженості.

Психічні симптоми абстиненції:

- Тривога;
- Відчутті великої пустоти;
- Неспроможність концентрувати увагу.

В осіб, які приймають екстазі впродовж тривалого часу, наркотик починає відігравати центральну роль у житті. Переривання у вживанні доволі часто призводить до серйозних депресій.

2.7. Продукти коноплі

Волокна й насіння рослини індійської коноплі (*Cannabis Setiva*) мають наркотичні якості. На верхівках «жіночої» рослини формуються суцвіття, липкі від смолистої рідини.

Гашиш

Гашиш – це відносно чиста смола суцвіть, яка пресується в кубики або пластинки.

Марихуана

Після висушування, витримування й подрібнення верхівок рослини виходить «травка». Ефект «травки» визначається вмістом ТГК (тетрагідроканабідолу), який передусім міститься в «жіночих» рослинах. Вміст ТГК може варіювати від 0,1% до 25%.

Гашишна олія

Це в'язка рідина коричневого кольору, яка добувається з гашишу за допомогою алкоголю, а потім фільтрується й випарюється. Вміст ТГК в гашишній олії становить 40–80%.

Варто звернути увагу, що найчастіше вживаною психоактивною речовиною у світі є не кава, не алкоголь і не тютюн, а саме гашиш та марихуана.

2.7.1. Типові зовнішні риси наркотику та спосіб вживання

Марихуана – це суміш смолистого листа, насіння й стебел конопель. Ця суміш може бути зеленою, світло- або темно-коричневого кольору. Для вживання насіння та стебла подрібнюються й отримується трав'яниста суміш зі специфічним солодкуватим запахом.

Гашиш – це тверда речовина, яка пом'якшується від нагрівання й у такому стані може бути подрібнена в порошок. Колір може варіювати від жовтого, зеленого, червонуватого до темно-коричневого й навіть чорного.

Найчастіше гашиш і марихуану змішують із тютюном та роблять «цигарочки». Іноді використовують паперову частину сигарет із фільтром.

2.7.2. Дія наркотику

З відомих на сьогодні даних, гашиш і марихуана не є токсичними. Не відомо випадків, щоб хтось помер від передозування цим наркотиком.

Посилювач емоцій

Гашиш та марихуана посилюють емоції, а саме тривогу, пригніченість, відчуття провини, що може викликати неприємні емоції. З негативних фізичних відчуттів спостерігається запаморочення, нудота, серцебиття, а іноді тимчасова втрата свідомості. Відповідно, треба мати на увазі, що ув'язнені, які мають зазначені вище скарги, можуть вживати гашиш або марихуану. У разі виникнення таких станів потрібно забезпечити такого пацієнта їжею, водою, вивести на свіже повітря, запропонувати прийняти душ. Після такого стану – провести відповідну бесіду.

Ефект від куріння наркотику проявляється через декілька хвилин і тримається до три-вісім годин. У разі орального вживання гашиш і марихуана починають діяти приблизно через годину. Є ризик, що

після вживання надмірної дози споживачу може стати зле. У такому випадку замість очікуваної дії ефект буде тяжким і неприємним. З таким часто стикаються особи, які роблять це вперше в житті або не мають досвіду.

Також люди, які вперше вживають гашиш або марихуану, часто не можуть розпізнати їхні ефекти й постфактум повідомляють, що по вживанні не відчували жодних змін, при тому, що для оточення зміни патернів поведінки були більш ніж очевидними.

ТГК, який міститься в гашиші й марихуані, потрапляючи в організм людини, накопичується в жировій тканині та вкрай повільно виводиться. У випадку щоденного вживання наркотику сліди ТГК виявляються в сечі навіть через шість-вісім тижнів після припинення. Гашиш і марихуана не викликають фізичної залежності, але в разі надмірного й частого вживання можуть спричиняти психічну залежність. У таких випадках вони стають дуже важливим компонентом життя споживача.

2.7.3. Фізичні та психічні ефекти наркотику

Вплив на фізичний стан

До найпоширеніших фізичних ефектів належать:

- Запаморочення;
- Важкість в руках та ногах;
- Помітне почервоніння склер ока;
- Сухість у роті й горлі;
- Нудота;
- Підвищена світлочутливість;
- Посилення апетиту.

Психічні ефекти:

- Настрій здебільшого легкий і розслаблений;
- Посилення яскравості відчуттів: музика краща, запахи приємніші, їжа смачніша;
- Особа може зауважити, що її захоплюють ідеї та відчуття;
- Напади сміху;
- Зниження концентрації уваги;
- Іноді сильно змінюється відчуття часу;

- Знижується спроможність утримувати й відтворити події, що відбувалися під час вживання.

2.7.4. Симптоми абстиненції

Продукти конопель не викликають фізичних симптомів відміни, але спричиняють проблеми психічні, тому що в людини, яка довгий час уживає наркотик цього виду, починаються затримки в розвитку. Замість вирішення поточних життєвих питань, отримання досвіду, особа витрачає час на безцільне куріння «травки». Внаслідок цього може настати навіть соціальна ізоляція.

2.8. Азартні ігри

Азартні ігри займають окреме місце серед інших залежностей у зв'язку з тим, що ця патологія не пов'язана з вживанням будь-яких психоактивних речовин, але пов'язана з діями або патернами дій, на які «підсаджується» споживач.

Симптоми абстиненції

Припинення систематичної участі в іграх також може супроводжуватися симптомами відміни. Як один із варіантів, якщо людина грає в азартні ігри, щоб «захотітися» від негативних емоцій, у разі припинення можуть повернутися скарги психічного характеру.

Якщо гравець інтенсивно грає кожен день, а потім раптово припиняє, виникають симптоми абстиненції, які дуже нагадують симптоми абстиненції в особи, яка вживає героїн. Це пов'язано з подібним механізмом дії розвитку стану, а саме з тим, що під час гри відбувається інтенсивне виділення ендорфінів (ендогенних опіатоподібних речовин). Відповідно, після припинення азартної гри продукція ендорфінів різко падає, у результаті з'являються симптоми відміни.

Азартні ігри в умовах пенітенціарної системи

Пристрасть до азартних ігор не зникає в умовах установ виконання покарань та слідчих ізоляторів ДКВС України. Звісно,

у пенітенціарних закладах немає ігрових автоматів або казино, але ув'язнені знаходять інші варіанти азартних ігор, найчастіше це карти. На «кін» нерідко ставиться одяг, їжа, телефонні картки, гроші, наркотики тощо. Також поширеними є ставки на різні спортивні змагання, наприклад, чемпіонати з футболу.

Чим же є за своєю суттю азартні ігри? Фактично головна роль полягає у двох факторах: грошах і ймовірності.

Імовірність

Одна з основних цілей у більшості ігор – це бажання отримати «швидкі» гроші. Зокрема, цей принцип закладено в іграх, результат яких визначається «удачею», а насправді сукупністю прорахованих імовірностей. Приклади: «фруктові» автомати, рулетка, моментальна лотерея тощо.

Імовірність виграшу та втрати грошей пов'язана з інтенсивними емоціями. Саме ці емоції роблять ігри такими привабливими для багатьох людей. Наукові дослідження демонструють, що дуже велике значення має період між ставкою і виграшем. Чим

коротший період, тим більш адиктивна гра (порівняйте, наприклад, моментальну лотерею та звичайну).

Як розпізнати проблему

Найчастіше гравця нелегко розпізнати, оскільки тривалий час його поведінка не відрізняється у звичайних ситуаціях, на відміну від тих, хто вживає психоактивні речовини. Нерідко маркером може стати те, що така людина ініціює гру із залученням грошей. У таких ситуаціях особа часто виявляє підвищену активність, стривоженість, деяку напругу та наполегливе бажання грати й вигравати. Також характерним є те, що людина не в змозі зупинитися й по закінченні однієї партії хоче грати наступну.

Якщо ви діагностуєте ув'язненого як азартного гравця, має сенс із ним це обговорити. Не питайте його прямо, чи дійсно він є гравцем, але, можливо, під час бесіди вам вдасться встановити довірливий контакт. Доволі часто гравці відчують себе загнаними в кут і не схильні говорити про це.

РОЗДІЛ 3. СПОЖИВАЧ НАРКОТИКУ ТА ЙОГО СЕРЕДОВИЩЕ

У цьому розділі будуть обговорені такі питання:

- Процес формування залежності;
- Чому виникає залежність; причини вживання психоактивних речовин.

3.1. Процес формування залежності

Залежність не проявляється раптово одного дня, тому ми говоримо про залежність як про певний процес. Орієнтовно можливо визначити шість стадій у процесі формування залежності, а саме:

- Знайомство;
- Експериментування;
- Соціальне вживання;
- Вживання внаслідок звички;
- Вживання без зважання на шкідливі наслідки;
- Залежність.

Знайомство

У нашому суспільстві ми рано починаємо дізнаватися про існування різноманітних наркотичних речовин: із реклами, інтернет-джерел, телевізора тощо. У деяких міських районах діти стикаються з наркотиками, їх уживанням, розповсюдженням в ігрових ситуаціях.

Експериментування

У деяких ситуаціях люди стають чутливими до експериментування з наркотиками. До експериментування з наркотиками можуть спонукати:

- Цікавість;
- Бажання належати до певної групи;
- Бажання виокремлюватися;
- Мода;
- Неможливість сказати «ні»;
- Бажання видаватися дорослим.

На стадії експериментування споживачі пробують наркотик. Вони намагаються випробувати його дію. Варто зазначити, що для більшості знайомство з наркотиком на цьому етапі й завершується.

Соціальне вживання

На цій стадії споживачі вживають наркотик по-перше тому, що мають приємні відчуття, а по-друге, бо це прийнято в їхньому колі спілкування. Це може бути родина, школа, спортивний клуб, компанія приятелів. Той, кому дуже подобається ефект від наркотика, а при цьому немає або практично немає негативних наслідків, починає робити це частіше.

Вживання внаслідок звички

На цій стадії про вживання психоактивних речовин уже не думають, воно стає звичним, рутинним. Так, наприклад, людина може не замислюючись випивати під час обіду пляшку чи дві пива. Непомітно кількість споживання збільшується, а випивка перетворюється на звичку, стає автоматичним. Звісно, що зі звичкою можна попрощатися, але це зовсім не легко. Часто ситуація обтяжується ще й тим, що споживач перебуває в колі приятелів, які мають схожі звички й також регулярно вживають.

Вживання зі шкідливими наслідками

На цій стадії людина вважає, що завдяки наркотикам вона зможе вирішити свої проблеми. Використовує наркотик із метою уникнути повсякденної реальності й уникнути можливих проблем. Така ситуація призводить до розвитку толерантності.

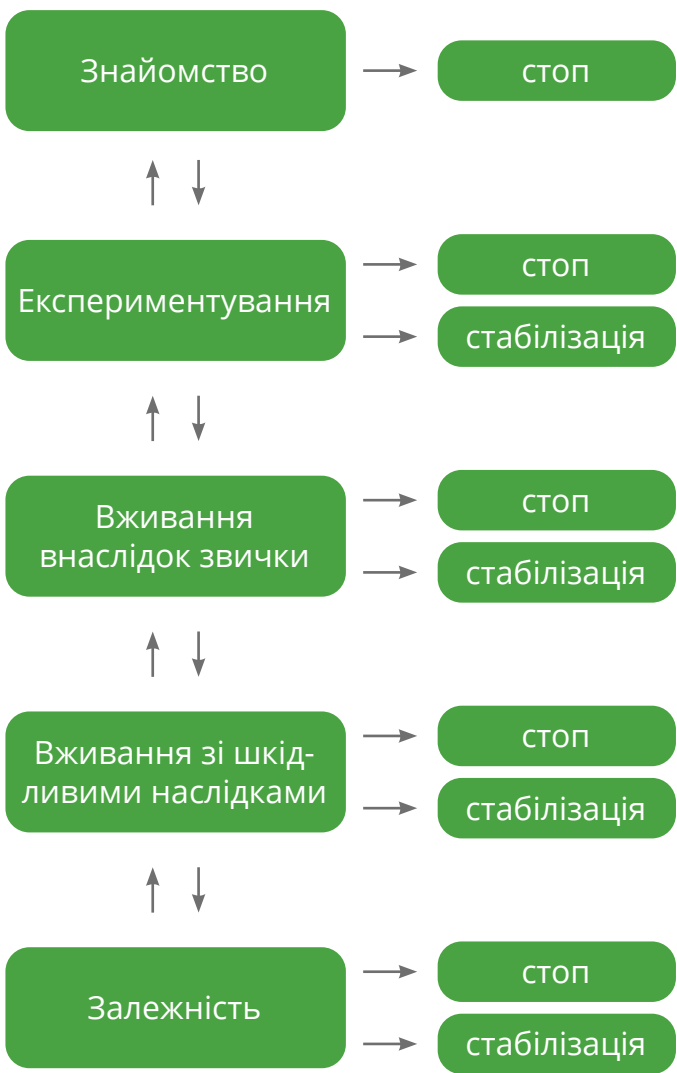
Залежність

На цій стадії на перший план виходить потреба в наркотику. Людина стає фізично й психічно залежною від нього. Організм «кричить», якщо не отримує його.

Психічна залежність означає, що вживання психоактивної речовини стає найважливішим у житті людини. Усе життя підпорядковано цьому вживанню.

Узагальнення:

Залежність не виникає за день або два, це процес. У цьому процесі вирізняють стадії формування залежності. Нижче ми схематично представляємо стадії розвитку залежності й можливі варіанти виходу на кожному з етапів. На кожній стадії споживач може прийняти рішення перервати вживання або утримуватися на певному рівні.



3.2. Причини залежності

У розвитку залежності відіграють роль три найважливіші групи факторів:

- особистісні;
- соціальні;
- фізичні.

Фактори середовища (соціальні фактори)

Середовище людини – це комплекс трьох рівнів, а саме рівень суспільства, належність до певної субкультури й безпосереднє оточення.

Рівень суспільства

Вживання або невживання людиною психоактивних речовин залежить серед іншого й від сприйняття цього факту суспільством. Візьмемо, наприклад, закони, які діють у тій чи іншій країні щодо вживання психоактивних речовин. Так, у нашому суспільстві алкоголь легалізований, а в інших це може бути зовсім по-іншому. Наприклад, Коран забороняє послідовникам ісламу вживати алкоголь.

Належність до субкультури

Групи людей з однаковими ідеями, бажаннями, хобі тощо, формують у суспільствах певні осередки культури, які називаються субкультурою. У частині проведення вільного часу, на жаль, це може бути пов'язано з уживанням наркотиків. У рамках молодіжних рухів яскравим прикладом може бути вживання екстазі на молодіжних вечірках. Алкоголь знижує чутливість і не завжди вписується в культуру танцювальних вечірок, які потребують великої кількості енергії. Із цього погляду можна казати про існування певних тенденцій і закономірностей у разі вживання психоактивних речовин.

Безпосереднє оточення

Молоді люди в пубертатному періоді дуже чутливі до норм і цінностей групи приятелів. А в таких групах може бути прийнято вживання тієї чи іншої психоактивної речовини.

Разом із тим у дорослому віці також є своє коло спілкування, у якому також цілком

можлива звичка вживати психоактивні речовини. Усі ми знаємо, що в деяких компаніях є традиція після роботи зайти до бару й випити по чарочці або потішити себе келихом пива після тренування. Кількість алкоголю або іншої психоактивної речовини залежить від вільного часу й вільних коштів.

Фактори середовища відіграють важливу роль у процесі формування залежності, особливо на етапах знайомства, експериментування, соціального вживання та вживання зі шкідливими наслідками.

Особистісні фактори

Фактори особистості також не на останньому місці серед причин формування залежності. Факторами ризику є такі особистісні риси, як невпевненість у собі, низька самооцінка, складнощі з налагодженням контакту з людьми навколо, неспроможність вирішувати особисті проблеми й керувати своїми емоціями.

Іноді людина вживає психоактивні речовини саме для того, щоби «сховатися» від своїх особистісних проблем. Деякі особи відкривають для себе, що після прийому наркотичних речовин їм нібито стає краще. Для такого типу споживачів наркотик стає «другом», «утішником».

Причинами початку або інтенсифікації вживання можуть бути тяжкі життєві обставини й неспроможність психологічно справитися з болем втрати, тривогою тощо. Людина, якій складно впоратися в таких ситуаціях, може знайти «рішення» у вживанні наркотиків. Під впливом психоактивної речовини проблеми можуть видаватися не такими вже й страшними, але вочевидь ні сама проблема, ні ступінь її тяжкості нікуди не зникають. Ба більше, вживання призводить до збільшення як проявів проблеми, так і їх кількості.

Особистісні фактори – явище складне, неоднозначне, між тим, ці фактори мають величезний вплив на формування залежності.

Фізичні фактори

Деякі психоактивні речовини мають особливості, пов'язані з необхідністю збільшувати дозу і швидким підвищенням толерантності, відповідно. Цей фактор

має особливе значення на останніх етапах формування залежності.

Очевидно, усі згадані групи факторів не існують ізольовано одне від одного. Вони мають щільний зв'язок і часто у своїй взаємодії мають ефект посилення для загальної картини формування залежності.

3.3. Тенденції серед молодих людей

Тенденції щодо вживання наркотиків мають співвідношення з тенденціями способу життя конкретної групи молоді.

- **Культура танцювальних вечірок з вживанням психоактивних речовин**

Багатьом підліткам сьогодення не подобається пригнічувальний ефект алкоголю, і навпаки, для забезпечення сучасного життя молоді важливі високий темп і швидкість, не в останню чергу на танцювальних вечірках. Перші масштабні танцювальні вечірки організовувалися в 1980-ті роки. Туди молодь приходила не для того, щоби познайомитися або завести романтичні стосунки, на цих вечірках правила музика, танці й зорові подразники. Бажаний активуючий ефект молоді в той період приносив наркотик екстазі. За короткий період ця культура почала привертати дедалі більшу кількість молодих людей, а вечірки ставали все більш «жорсткими». Музичний ритм прискорювався й іноді досягав до 200 бітів на хвилину. Щоб витримати такий ритм у танці, потрібна велика доза «енергії», і дедалі частіше в такі вечірки почали входити амфетаміни (speed). Щоб «утримати ритм» у наш час, на таких вечірках пропонують «звеселяльний газ».

- **Гашиш і марихуана (канабіс)**

Канабіс має великий попит серед підлітків. Залежно від типу й способу вживання наркотику одні люди стають сонливими й безтурботними, а інші переживають фантазії. Для багатьох споживачів канабісу цей наркотик є ідеальним способом заховатися від реального світу з його проблемами, які необхідно вирішувати.

Багато підлітків уживають канабіс як лікарський засіб – для «заспокоєння». Раніше він дійсно використовувався у функції заспокійливого засобу. Потім відійшли від цієї традиції, але зараз цю корисну дію відкривають наново. Зокрема, канабіс використовується в разі тяжких фізичних хвороб, наприклад, проти нудоти, яка виникає під час застосування хіміотерапії в онкологічних пацієнтів.

- **«Гриби» (псилоцибіни)**

«Гриби» – це поширена сленгова назва грибів, які впливають на свідомість людини. «Гриби» вживають представники найрізноманітніших соціальних верств населення й різних вікових груп. У 60-ті роки XX століття був спалах зацікавленості експериментами з грибами, що було пов'язано з великою популярністю письменника Карлоса Кастанеди. Під впливом творів цього автора їх називали «чарівними грибами».

- **Харчові й вітамінні добавки, енергетичні напої**

У нашому суспільстві сформувалися тенденції до здорового способу життя, з увагою до підтримання певної фізичної форми. У цих намаганнях корисними видалися природні добавки й вітамінні препарати.

Крім того, з'явилася мода на енергетичні напої. Найчастіше в подібних напоях використовуються такі натуральні речовини, як кофеїн і гуарана.

Загалом, заспокійливі, стимулювальні й інші речовини певної дії, які мають натуральне походження, гарно вписуються в тенденції пошуку духовності.

- **Алкоголь**

Підлітки – одна із цільових груп для підприємств, які заробляють гроші, використовуючи різноманітні принади для збільшення продажу алкоголю. Це і солодкий смак цих напоїв, і маленькі привабливі пляшечки, і випуск їх у формі коктейлів. Ще однією хитрістю є те, що невеликий об'єм тари робить доступною для підлітків вартість цих напоїв. З'явилися також алкогольні коктейлі в бляшанках.

Деякі тенденції зникають швидко, деякі утримуються певний час. Можливо, складно було передбачити, що танцювальна культура 80-х років XX століття розів'ється в широку міжнародну молодіжну культуру. Молоді люди, як у минулому, так і нині, формують свій особистий спосіб життя, з власними правилами, нормами й цінностями, і хай як ми до цього ставимось, у них є і свої вподобання щодо вживання психоактивних речовин.

ЧАСТИНА 4. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

4.1. Інфекційні хвороби й основні шляхи зараження

Термін «інфекційні хвороби» об'єднує численні й найрізноманітніші хвороби.

Загалом є чотири відомі типи збудників інфекційних хвороб, а саме:

1. Віруси, які використовують для свого розмноження клітини людини: грип, ГРВІ («застуда»), гепатити, ВІЛ / СНІД тощо.
2. Бактерії, які можуть локалізуватися в будь-яких точках тіла людини й викликати запальні процеси. Наприклад, «хворе» горло, запалення легень, фурункули шкіри тощо.
3. Грибкові інфекції найчастіше локалізуються в шкірних покровах та слизових оболонках. Приклади: мікози нігтів, грибкова пневмонія, інфекції слизової ротової порожнини тощо.
4. Паразити, що використовують людське тіло як джерело харчування. Наприклад, кліщ, котрий призводить до корості й «проїдає» свої ходи в шкірі людини.

Інфекційні хвороби – це хвороби, що викликаються різними живими збудниками, які прямо чи опосередковано потрапляють від одного організму до іншого та, у відповідних умовах, можуть викликати запальні процеси. Тобто однією з особливостей таких хвороб є їхня заразність. Інтенсивність зараження також відрізняється в різних збудників і залежить від ступеня їхньої агресивності.

Зараження, а саме процес потрапляння збудника в організм людини, може проходити від людини до людини, від тварини до людини, через предмети побуту, предмети загального користування, повітря, воду, їжу тощо.

Способи зараження

Збудник може потрапити до організму людини різними шляхами:

- Через дихальні шляхи. Вдихання зараженого повітря може спричинити, наприклад, грип або туберкульоз. Такий шлях передавання інфекції називається повітряно-крапельним.
- Через шлунково-кишковий тракт. Заражена їжа або вода може стати причиною, наприклад, паратифу. Найчастіше таке зараження через шлунково-кишковий тракт відбувається в умовах поганої гігієни.
- Через шкіру й слизові (носа, рота, очей, ануса тощо). Так, наприклад, бацили правця можуть потрапити до організму людини через рани на шкірі. Також бактерії, які потрапляють на шкіру, можуть викликати місцеве запалення. Збудники венеричних захворювань, наприклад, гонорея, потрапляють до організму через слизові оболонки. Вдихання кокаїну через ніс підвищує ймовірність зараження на гепатит і ВІЛ.
- Через кров. Наприклад, однією з причин зараження гепатитами або ВІЛ може бути порушення санітарно-гігієнічних умов під час виконання ін'єкцій та інших подібних маніпуляцій. Іншою важливою причиною зараження ВІЛ і гепатитами може бути користування кількох споживачів наркотиків в ін'єкційний спосіб однією голкою. Також є інфекційні хвороби, що передаються через кров, переносником яких є комахи – це, наприклад, хвороба Лайма (кліщі) та малярія (комарі).

Природній захист організму

Організм має систему захисту, як від потрапляння збудників до організму, так і від розвитку запальної реакції та хворобливого процесу:

- Дихальні шляхи. Волоски в носі й епітелій у дихальних шляхах затримують пил та інші негативні фактори, перешкоджаючи потрапленню до організму хворобливих агентів.

- Шлунково-кишковий тракт. Постійне виділення слини в ротовій порожнині не дає змоги слизовій засихати, що запобігає проникненню збудників інфекційних хвороб. Кислота, що виробляється клітинами шлунку, має бактеріоцидну активність і знищує деякі види бактерій.
- Шкіра та слизові. Здорова шкіра й слизові оболонки перешкоджають потраплянню збудників інфекційних хвороб в організм. Завдяки наявності в складі слизової рідини речовин, які знищують бактерії, вона захищає око й повіки від зараження. Шкіра, сильно уражена грибком або коростою, втрачає свої захисні функції та стає більш вразливою до інфекцій.
- Кров. Білі кров'яні тільця знешкоджують збудників хвороб і в такий спосіб захищають організм від інфекційних захворювань. Для захисту від збудників і токсичних речовин, які виробляються хворобливими агентами, організмом виробляються антитіла. Ці антитіла специфічні, тобто діють тільки проти відповідного збудника хвороби. Процес формування й наявності антитіл, спрощено, і є імунітетом. Тобто людина має імунний захист від певних хвороб, антитіла до яких вироблені організмом. До певних хвороб імунітет може діяти впродовж усього життя, а до інших – тільки нетривалий період.

Ризик зараження

Чи відбудеться зараження людини, залежить від багатьох факторів, основними з яких є:

- Кількість збудника інфекції. Невелика кількість може не завдати ніякої шкоди, натомість велика концентрація збудника буде потребувати більш активного залучення захисних сил організму.
- Активність самого збудника. Цей фактор залежить як від виду збудника (у деякі роки грип у більшості проходить легко, а в інші вірус грипу викликає більш тяжкий перебіг хвороби), так і від його активності.

- Опірність організму. Під час або одразу після будь-якої хвороби, під час та після пологів, у разі недостатнього харчування опірність організму значно знижується.
- Віковий критерій. У малих дітей і осіб старшого віку опірність організму до інфекційних захворювань знижена.

Значення шляхів зараження

Різні шляхи зараження, притаманні різним вірусам, також впливають на ймовірність зараження й тяжкість симптомів захворювання. Так, навіть один збудник, який потрапив до організму іншими шляхами, може бути більш «заразним» в одному випадку порівняно з іншим. Наприклад, для перенесення деяких грибкових інфекцій достатньо поверхневого контакту, а для паразитів, як-от воші або кліщі, потрібно більше часу. Щось на кшталт цього можна сказати й про захворювання, які передаються через кров. Наприклад, ймовірність передавання через укуси або уколи зараженим гострим предметом вірусу гепатиту В у 500–1000 разів вища за ймовірність зараження ВІЛ-інфекцією.

«Заразність» джерела

Люди можуть бути поширювачами інфекції та навіть не підозрювати про це. Це зумовлено тим, що зараження вже відбулося, а симптоми захворювання ще не проявилися. Тому людина просто не знає, що вона є джерелом інфекції.

Так, наприклад, хтось роками носитиме в собі вірус гепатиту В та/або С до того, як хвороба проявиться, а за ці роки передати його багатьом іншим. Багато інфекцій повністю виліковні, і людина перестає бути джерелом інфекції. Але є такі інфекції, за яких навіть після одужання й відсутності клінічних проявів «заразність» зберігається. Приклад – гепатит В. У таких випадках хвороба стає хронічною.

Як відомо, повністю вилікуватися від ВІЛ / СНІД на сучасному етапі неможливо, але постійна терапія дає людині змогу затримати подальший розвиток хвороби, знизити її прояви та ступінь «заразності».

4.2. Грип і ГРВІ (застуда)

Взимку на грип хворіє приблизно кожний двадцятий, а так звана застуда трапляється набагато частіше. Грип і гострі респіраторні інфекції викликаються вірусами. Хоча ці віруси відрізняються, у них є й певні спільні характеристики. По-перше, передаються повітряно-крапельним і контактним шляхами. По-друге, скарги хворих дуже подібні: сухий кашель, біль у горлі, підвищена температура, біль у м'язах та головний біль. Особливістю грипу є раптово сильне підвищення температури.

Неприємна сторона вірусу грипу в тому, що завжди з'являються його нові варіанти, а ті антитіла, які організм синтезував проти одного виду вірусу грипу, не захищають його від іншого вірусу. Організм також виробляє антитіла до застуди, але вони дуже не стійкі й не зберігаються. Тобто в разі повторного зараження організм мусить повторно виробляти антитіла.

Віруси грипу й застуди розповсюджуються повітряно-крапельним шляхом, а також контактним, коли крапельки слизу з вірусними частками, потрапляють на предмети спільного користування й поверхні. Відповідно, людина в безсимптомний період, сама того не знаючи, цілий день може заражати інших, а клінічні ознаки хвороби з'являються тільки наступного дня. Крім того, не кожна заражена людина захворіє, бо все залежить від опору інфекції. Саме із цієї причини докладаються зусилля щодо вакцинації людей із потенційно зниженою опірністю організму, щоб знизити ризик захворювання. До таких категорій належать літні люди, особи з діабетом та іншими хронічними захворюваннями. Такий вид вакцинації необхідно проводити як громадянам загалом, так і серед засуджених, ув'язнених та працівників установ виконання покарань та слідчих ізоляторів, з урахуванням принципу першочергової вакцинації найбільш уразливих груп.

Запобігти зараженню цими вірусами практично неможливо. Велику роль у профілактиці зараження відіграє особиста гігієна. Якщо під час чхання або кашлю ви прикриваєте рот рукою, відвертаєтесь убік і користуєтесь одноразовими серветками,

то запобігаєте розповсюдженню вірусу й не наражаєте інших на небезпеку.

4.3. Короста й педикульоз

Іншими хворобами, для запобігання яким також потрібне дотримання особистої гігієни, є короста й педикульоз. Якщо у вашому закладі виявляється пацієнт із вошами або коростою, передусім необхідно запровадити всі необхідні заходи з недопущення подальшого поширення інфекції. Зазвичай цим питанням займається медична частина установи у співробітництві зі всіма зацікавленими сторонами. Треба звернути особливу увагу середньої ланки пенітенціарного персоналу на питання виявлення нових випадків і передання цієї інформації відповідним спеціалістам.

4.4. Туберкульоз

Назва «туберкульоз» походить від латинського слова *tuberculum* – «вузол». Хвороба отримала свою назву через те, що в ушкоджених органах померлих від туберкульозу виявляли вузли.

Туберкульозна бактеріємія

Туберкульоз – це інфекційне захворювання, яке викликається туберкульозною бактерією. Бактерія осідає в легенях, розмножується й через деякий час, іноді навіть через декілька років, може викликати запалення. Від туберкульозу можуть пошкоджуватися не тільки легені, а й інші органи. Треба пам'ятати, якщо людина перебуває в доброму стані здоров'я, має добрий імунітет, організм виробляє специфічні антитіла, яких достатньо, щоб зашкодити розвитку запалення або справитися з ним і забезпечити одужання. Якось кількість бактерій залишається в організмі або потрапляє знову. Рано чи пізно, у ситуації, коли людина буде ослаблена іншими хворобами, погано харчуватиметься, перемерзатиме, надмірно буде стресувати тощо, тобто виникнуть фактори, які знижують опірність організму, туберкульоз може знову проявитися. Найчастіше першими скаргами у хворих на туберкульоз є почуття втоми, відсутність апетиту й кашель.

Ушкодження легеневої тканини

У процесі розвитку захворювання бактерія туберкульозу пригнічує опірність організму до інфекції, а запальний процес поширюється і стає більш інтенсивним. Легенева тканина поступово руйнується, а в складних випадках можуть навіть формуватися порожнини, заповнені ушкодженою, нефункціональною тканиною та фактично пустотами, які називаються кавернами. На цій стадії захворювання пацієнти виявляють найбільшу загрозу для свого оточення.

Через кров і лімфатичну систему туберкульозна бактерія може потрапити до інших органів та спричинити туберкульозне запалення оболонок головного мозку, нирок, суглобів, кісток тощо. Зазвичай ці форми туберкульозного запалення менш заразні, ніж легенева.

Потрібно знати, що щорічно приблизно два мільйони осіб помирає у світі від туберкульозу. Тобто туберкульоз дає вищі показники летальності серед дорослого населення, ніж інші інфекційні хвороби разом узяті.

4.4.1. Зараження

Зараження туберкульозом часто відбувається не відразу після потрапляння збудника до організму. Тобто навіть інфікована людина здебільшого не має активного хворобливого процесу. Найчастіше запальний процес починається в ситуації зниження імунітету пацієнта.

У пенітенціарних установах зараження туберкульозом відбувається найчастіше через легені. Людина, яка має туберкульоз, кашляє, відповідно, разом зі слизом назовні потрапляє велика кількість бактерій туберкульозу, зокрема, якщо пацієнт має «відкриті», активні форми туберкульозу. Людина, яка постійно перебуває з таким пацієнтом в одному приміщенні, може вдихнути повітря разом із бактеріями туберкульозу й ризикує заразитися. Якщо в пацієнта «закрита» форма туберкульозу, він не виділяє бактерії та не є небезпечним для спільного проживання.

4.4.2. Симптоми хвороби

Інкубаційний період туберкульозу становить близько двох місяців. На початку людина, яка заразилася на туберкульоз, не звертає увагу на зміни в організмі, викликані інфекцією. Однак у міру розширення вогнища інфекції та ураження дедалі більшого об'єму легень можуть з'явитися неспецифічні симптоми, як-от відчуття втомленості, кашель, зниження апетиту, пітливість уночі. Причиною звернення до сімейного лікаря може бути довготривалий бронхіт зі стійким кашлем, який не лікується звичайними ліками. У такому випадку сімейний лікар мусить направити пацієнта до відділення інфекційних хвороб, і там пацієнту проведуть специфічні обстеження на предмет уточнення діагнозу (шкірний тест, флюорографію тощо).

Дослідження контактів пацієнта

В умовах установ виконання покарань та слідчих ізоляторів ДКВС України такого пацієнта переміщують в ізоляційний медичний блок, де він починає отримувати відповідне лікування. Далі проводиться дослідження контактів пацієнта з метою виявлення можливих випадків зараження. Викликаються особи, з якими пацієнт із тих чи інших причин подовгу контактував. Найчастіше це члени родини, колеги, близькі друзі, якщо мова йде про суспільство загалом, і співкамерники й працівники установи, які контактували з особою, коли випадок стається в пенітенціарній установі.

Якщо в колі близьких контактів особи виявлено значну кількість заражених на туберкульоз, проводиться дослідження щодо осіб, які були навіть в одиничних контактах із такою особою.

Якщо реакція Манту буде позитивною, можна встановити серед кола контактів особу, яка заразила пацієнта.

Значення гігієни

Іноді всі знають, хто саме був джерелом інфекції, і таку людину починають уникати. У випадках «закритої» форми туберкульозу немає потреби в такому униканні, бо за умови правильної гігієни кашлю людина з туберкульозом практично не поширює

бактерії. Крім того, в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України вживають усіх необхідних заходів, а пацієнти, які приймають лікування впродовж кількох тижнів, переважно стають незаразними.

4.4.3. Тест Манту

Цей тест швидко допомагає з'ясувати, чи хворий пацієнт на туберкульоз. Раніше робили невеликі подряпини на шкірі в ділянці передпліччя, а на сьогодні невелику кількість тестового реагенту вводять внутрішньошкірно. Це так звана туберкулінова проба, або проба Манту. Тест є цілковито безпечним і використовується навіть серед маленьких дітей, тяжко хворих та вагітних жінок.

Якщо особа, яка тестується, була інфікована, то через два-три дні шкіра в місці введення реагенту почервоніє та набрякне. Такий результат оцінюється як позитивна реакція. Варто зазначити, що позитивна реакція Манту означає лише той факт, що ця людина була раніше інфікована збудником туберкульозу, і зовсім не означає, що вона зараз хвора або заразна.

Рентгенографія

За наявності підозри щодо туберкульозу відповідні медичні служби направляють пацієнта на проведення додаткових обстежень, а саме виконання рентгенографії легень і обстеження мокроти, яку людина відхаркує, кашляючи.

4.4.4. Лікування

Фармакотерапія

У деяких випадках у разі отримання позитивної проби Манту може знадобитися призначення профілактичного курсу лікування. Тобто, пацієнта не будуть лікувати, бо він хворий, лікування буде призначено, щоб запобігти захворюванню. Іноді виникає потреба на початку лікування ізолювати таку особу від інших, але через декілька тижнів загроза зараження інших пройде, і людина зможе вільно відновити контакти з іншими. Таке профілактичне лікування зазвичай триває близько 6 місяців.

За наявності серйозних змін у легенях (або інших органах) тривалість лікування збільшується (найчастіше до 9 місяців). Також за таких умов людина вимушена приймати декілька протитуберкульозних препаратів одночасно. На сьогодні у світі є багато ефективних препаратів від туберкульозу, та щобвилікуватися, необхідно передусім приймати препарати, неухильно дотримуючись призначень лікаря, й обов'язково довести курс лікування до кінця. У разі нерегулярного приймання ліків, незавершення курсу лікування тощо хвороба може повернутися навіть декілька років по тому. Варто зазначити, що протитуберкульозні ліки викликають неприємні побічні ефекти, пов'язані з впливом на роботу багатьох органів і систем, зокрема печінки. Саме з цієї причини під час лікування треба виключати вживання алкоголю.

4.5. Гепатит

Печінка є важливим органом людини, без якого вона не може жити. Печінка розташована в правому підребер'ї та має багато функцій.

Функції печінки:

Це життєво важливий орган, який очищує і розщеплює поживні речовини, які потрапляють у кров'яне русло з кишкового тракту.

Печінка також виконує такі функції:

- Утворення жовчі. Жовч – це жовто-зелена рідина, яка забезпечує розщеплення жирів до таких молекул, які можуть засвоїтися кишковим трактом.
- Синтез білків, елементів крові та інших речовин, які забезпечують функціонування системи згортання.
- Детоксикація: розщеплення продуктів алкоголю, лікарських засобів, наркотиків і кінцевих продуктів обміну.

Розлади у функціонуванні печінки можуть призвести до порушень обміну речовин в організмі.

Запальні процеси печінки

Запальні процеси в печінці можуть виникнути як результат уроджених відхилень, хвороб обміну речовин, впливу вірусів, бактерій, лікарських препаратів, алкоголю, фізичних ушкоджень, новоутворень тощо. Запалення печінки називається гепатитом. Віруси – це мікроорганізми, які, на відміну від бактерії, нечутливі до дії антибіотиків. Відомо п'ять різних вірусів гепатиту – А, В, С, D та Е. Усі вони заразні, але гепатити типів D та Е в західноєвропейських країнах практично не трапляються.

Симптоми хвороби

Про наявність гепатиту А, В або С можуть свідчити такі симптоми: відчуття втомленості, сонливість, відсутність апетиту, свербіж шкіри, потемніння сечі, зміна кольору випорожнень (стають знебарвленими), іноді пожовтіння склер очей і шкіри. Саме з останніх ознак гепатит має народну назву «жовтяниця». Однак не кожне запалення печінки супроводжується пожовтінням склер і шкіри, тому не зовсім правильно використовувати назву «жовтуха» в ситуації запалення печінки.

Гепатит С також нерідко супроводжується наявністю постійного тупого болю в середній частині та з правого боку передньої черевної порожнини. Дуже серйозним наслідком запальних процесів печінки є цироз, у разі якого печінкова тканина заміщується сполучною тканиною, і як результат рівень функціонування печінки значно знижується.

4.5.1. Гепатит А

Гепатит А – хвороба порівняно «невинна». Це запалення печінки, яке викликається відповідним вірусом. Найчастіше виникає в дитячому віці й проходить легко. Зрештою практично всі інфіковані цим вірусом одужують і отримують позитивний імунітет до хвороби. Зазвичай в інфікованих людей вірус виявляється під час обстеження калу. Шляхи передавання вірусу гепатиту А різні: з їжею або напоями, у результаті сексуального контакту та через кров.

Хвороба може протікати так, що людина навіть не матиме особливих скарг.

Симптоми зазвичай з'являються від другого до шостого дня з моменту зараження. Це можуть бути: втомлюваність, легка гіпертермія, іноді біль у верхній частині черевної порожнини. У дорослих іноді виявляється пожовтіння склер і шкірних покривів. Важливо пам'ятати, що впродовж тижня – від зараження й до появи перших симптомів – людина є заразною для оточення. Хвороба зазвичай триває не більше ніж шість тижнів. Але в деяких дорослих може тривати три місяці або й довше. Специфічного лікування від гепатиту А немає. Хвороба мусить пройти свій повний цикл. У процесі лікування поліпшується стан пацієнта з полегшенням скарг. До профілактичних заходів належать: добра особиста гігієна, гігієна харчування й адекватні санітарні норми. Також є вакцинація від гепатиту А. Особам, які виїжджають до країн, у яких вірус більш поширений, рекомендується ревакцинуватися.

4.5.2. Гепатит В

Гепатит В – запалення печінки, яке викликається вірусом гепатиту В (HBV). Цей вірус дуже заразний, запалення може мати тяжкий перебіг.

Ураження печінки

Гепатит В – найпоширеніша у світі хвороба печінки. За наявними оцінками, на хронічний гепатит В страждає приблизно 400 млн осіб.

Крім печінки, вірус циркулює передусім у крові, а також у насіннєвій рідині, слині й вагінальній рідині.

Дуже часто людина не помічає, що є інфікованою. Скарги в період від двох тижнів до шести місяців після інфікування виникають лише в одного з трьох інфікованих.

Скарги не специфічні й можуть бути різними: жовтяниця, втомлюваність, в'ялість, легка гіпертермія, потемніння сечі, посвітління калу, нудота й іноді болі в суглобах.

Після зникнення вірусу з організму скарги зникають, а печінка швидко відновлюється – у дорослих так відбувається в 9 випадках із 10. У рідкісних випадках запалення може зберігатися, а скарги з деякими інтервалами постійно повертаються. У такій ситуації мова йде про хронічний

гепатит В. У 5–10% випадків вірус зберігається в організмі протягом багатьох років.

У випадках, коли в людини немає симптомів захворювання, але через шість місяців після хвороби вірус все ще виявляється в крові, ми говоримо, що ця людина є носієм вірусу. Такі носії не відчувають ніяких фізичних скарг, пов'язаних із захворюванням.

Інфікування

Усі носії вірусу заразні, але вони можуть жити звичайним життям. Немає потреби забороняти такій категорії осіб потискати руку, вітаючись, обійматися, разом обідати й навіть користуватися одним туалетом з іншими. Можливість інфікування через слину мінімальна, насамперед вірус передається через інфіковану кров.

Вірусом гепатиту В можна заразитися через:

- Контакти з інфікованою кров'ю або предметами, які забруднені інфікованою кров'ю (використаними шприцями, голками, трубочками для вдихання кокаїну);
- Туалетне приладдя, наприклад, леза бритв, зубні щітки тощо);
- Татуювання й пірсинг;
- Укуси та інші травми, пов'язані з пошкодженням шкірних покривів;
- Потрапляння інфікованої крові до рани.

Треба пам'ятати, що в окремих ситуаціях значно зростає ймовірність інфікування, наприклад:

- У разі потрапляння на рану або слизову великої кількості інфікованої крові;
- За наявності ранок, «лихоманки» на губах;
- Під час пологів;
- У разі незахищеного сексу з інфікованою людиною;
- Після контакту з еякулятом.

Профілактика

Першим і найпростішим способом захисту від інфікування вірусом гепатиту В є дотримання рекомендацій щодо недопущення потрапляння інфікованої крові та інших

біологічних рідин зараженої людини до кров'яного русла інших осіб.

Вакцинація

Вакцинація передбачає процедуру з трьох ін'єкцій вакцини, зроблених з певними інтервалами, а саме: другий укол вакцини вводиться через місяць після першого, а третій – через шість місяців після другого. Така схема вакцинації захищає протягом щонайменше 20 років, а то і впродовж усього життя. Для вакцинації найчастіше використовується неживий вірус, який стимулює виділення антитіл без запуску запального процесу. На вакцинацію кожна людина реагує по-різному, тривалість захисту в кожній людини також різна, але загалом захист унаслідок вакцинації становить близько 95%. На сьогодні в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах ДКВС України немає обов'язкової вакцинації всіх працівників, які безпосередньо працюють із засудженими та ув'язненими.

Захисна ін'єкція

Захисна ін'єкція – це екстрене одноразове введення захисних антитіл імуноглобуліну гепатиту В (HBIG). Це невелика кількість антитіл людини, яка вже інфікована вірусом гепатиту В. Захисна ін'єкція може використовуватися в екстрених випадках, коли біологічні рідини потрапили на слизові або пошкоджену шкіру працівника, і він напевно знає або має великий відсоток упевненості, що людина інфікована вірусом гепатиту В. Введення такої ін'єкції має сенс у перші 48 годин після можливого інфікування.

Лікування

Специфічної терапії для лікування гепатиту В немає. Хвороба завершується сама собою, але може тривати навіть кілька місяців. У цей період важливо дотримуватися певних правил, а саме більше відпочивати, не вживати алкоголь та інші токсичні речовини, виключити жирну їжу.

Декілька років тому було розроблено лікарський засіб, який протидіє хронічній активності гепатиту В. Це натуральний білок, який продукується імунною системою організму й відіграє важливу роль у забезпеченні захисту від вірусу. Цей препарат

має назву «Інтерферон альфа» й ефективний приблизно в 45% випадків.

4.5.3. Гепатит С

Гепатит С – тяжкий запальний процес печінки, який викликається вірусом гепатиту С (HCV). Це тяжке захворювання, а ті, хто захворів, переважно стають хронічними хворими. Тільки в невеликої кількості інфікованих вірус зникає з крові. Здебільшого пацієнти не висловлюють специфічних скарг на стан здоров'я. Вони скаржаться на швидку втомлюваність, незрозумілу важкість у черевній порожнині, нудоту, в'ялість. Також може з'явитися жовтяниця.

Хвороба була відкрита в 1989 році, а з 1990-го є тест на виявлення гепатиту С в крові.

Гепатит С є однією з поширених форм хронічних запальних процесів печінки, ним інфіковано до 2% населення світу.

Інфікування

Інфікування гепатитом С відбувається через контакт з інфікованою кров'ю, тобто через:

- Використані голки та шприци;
- Туалетне приладдя, таке як леза бритв, зубні щітки тощо;
- Татуювання й пірсинг;
- Переливання крові;
- Інциденти, пов'язані з проколами шкірних покривів;
- Потрапляння інфікованої крові в рану, на пошкоджену шкіру, слизові.

Не передається статевим шляхом

Гепатит С, на відміну від гепатиту В, практично не передається через статеві контакти. Інкубаційний період гепатиту С триває від 5 до 12 тижнів, а симптоми можуть з'явитися тільки через 10–20 років. Часто зараження гепатитом С виявляється випадково, наприклад, у процесі загальної диспансеризації. У людей, інфікованих гепатитом С, із часом тканина печінки переважно заміщується сполучною тканиною, тобто розвивається цироз. У результаті печінка значно гірше справляється зі своїми функціями.

Профілактика

На жаль, немає лікарського засобу чи вакцини, які б могли захистити нас від інфікування гепатитом С. Проте шлях потрапляння вірусу до організму досить обмежений. Вище ми зазначали, що гепатит С передається через кров. Тобто передусім для захисту необхідно уникати контактів із гострими предметами, предметами особистої гігієни та іншими речами, на яких може бути інфікована кров, а саме використаними голками, шприцями, лезами для бритви, ножицями, зубними щітками тощо.

Результати якісного наукового дослідження свідчать, що немає істотних доказів передавання гепатиту С статевим шляхом. Ризик зараження плоду від інфікованої матері під час пологів становить менш ніж 5%. Тобто в таких випадках цілком допустимі пологи природним шляхом, а також не заборонено грудне вигодовування.

4.6. ВІЛ

На сьогодні кількість ВІЛ-інфікованих у світі оцінюється в 42 мільйони. Тільки у 2002 році було інфіковано 5 мільйонів людей, а 3,1 мільйона померли від ВІЛ і наслідків інфекції.

Ця коротка статистика про те, що не варто недооцінювати небезпеки цієї проблеми. Водночас ми говоримо не стільки про групи ризику, скільки про поведінку, пов'язану із цими ризиками. Також треба зазначити, що з часом ця проблема має тенденцію до посилення в суспільстві.

Пенітенціарні заклади є важливою частиною суспільства. У наш час особи, які страждають на СНІД або є ВІЛ-інфікованими, не становлять серйозної проблеми з погляду управління роботою системи, однак очевидно, що темі ВІЛ інфекції та СНІДу потрібно приділяти більше уваги.

Опис хвороби

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ)

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – хвороба з летальним кінцем. Причиною СНІДу є ВІЛ.

ВІЛ ушкоджує певні клітини захисної (імунної) системи організму. В результаті навіть легкі, несерйозні хвороби, можуть обернутися тяжкими захворюваннями.

В- і Т- клітини

У системі захисту людського організму від інфекцій важливу роль відіграють білі кров'яні тільця, а саме лімфоцити. Особливо важать два типи з цієї групи клітин – В- і Т-лімфоцити. В-клітини виробляють антитіла, які циркулюють у крові, а Т-клітини регулюють кількість цих антитіл.

Після інфікування ВІЛ організм розпочинає виробляти антитіла. Ці антитіла виявляються в крові орієнтовно через 2–24 тижні після зараження. Тест на ВІЛ буде позитивним після того, як антитіла вже будуть наявні в крові.

Інкубаційний період

Інкубаційний період – це період із моменту зараження до моменту прояву симптомів хвороби. У випадку ВІЛ він може варіювати від шести місяців до семи років, а іноді й більше.

Після потрапляння в систему кровообігу вірус зосереджується на визначених лімфоцитах, а саме клітинах Т4, знешкоджуючи їх. Клітини Т4 можуть бути знешкоджені до такого ступеня, що зовсім перестають виконувати свою функцію, а саме захист від збудників різних хвороб. На сьогодні для боротьби з ВІЛ-інфекцією використовується доволі ефективна комбінована медикаментозна терапія, але вона має достатньо багато побічних ефектів, і не всі пацієнти можуть її комфортно переносити. Під впливом такої терапії вірус перестає розмножуватися, але не до кінця зрозуміло, чи впливає лікування на прогресування хвороби, і якщо так, то якою мірою. В будь-якому випадку наявність лікування вже дає надію.

На тій стадії, коли імунна система організму значно ушкоджена ВІЛ, а людина практично зовсім втрачає опірність до будь-яких, навіть несерйозних захворювань, ми діагностуємо СНІД. Цей стан є невиліковним, тож можемо тільки зменшити прояви хвороби й уповільнити хворобливий процес.

4.6.1. Інфікування

Інфікування відбувається через кров, сім'яну, вагінальну та інші біологічні рідини, якщо вони потрапляють до системи кровообігу іншої людини. Цей процес може відбутися різними шляхами:

- Статевим: під час вагінального, анального й орального сексу;
- Через використані голки шприців: споживачі ін'єкційних наркотиків спільно використовують інструментарій (шприци, голки);
- Через кров та її продукти;
- Від матері до дитини – під час пологів;
- Через материнське молоко.

Групи ризику

Донедавна було прийнятно говорити про групи ризику, в яких найбільш поширювався ВІЛ. До таких груп відносили гомосексуалістів, бісексуальних чоловіків, осіб, які часто міняють партнерів, споживачів ін'єкційних наркотиків. На сьогодні стає очевидним, що ВІЛ не обмежується цими групами.

СНІД – це захворювання, яке головним чином передається статевим шляхом. Тобто на підвищену небезпеку наражається будь-яка особа, що часто змінює сексуальних партнерів. Саме тому превентивні заходи спрямовані на населення загалом, а не на окремі групи. Усі соціальні групи інформуються про небезпеку, пов'язану з ризиками зараження на ВІЛ / СНІД.

Ризиковані форми поведінки

Під ризикованими формами поведінки мають на увазі:

- Незахищений секс;
- Спільне використання ін'єкційного інструментарію (стосується споживачів «ін'єкційних» наркотиків).

Контакт «кров-кров» в робочих умовах

Під час виконання своїх професійних обов'язків у вас можуть виникнути ситуації прямого контакту з кров'ю ВІЛ-інфікованої людини.

Укол гострим предметом

Працівник може вколоти голкою або іншим гострим предметом, на якому може бути інфікована кров.

Через слизові

Інфікована кров чи інша біологічна рідина може потрапити на слизову оболонку очей, носу або рота людини. Через дрібні ранки на слизових вірус може потрапити до системи кровообігу.

Через відкриті рани або інші ушкодження шкірних покривів

Непошкоджена шкіра є достатньо міцним бар'єром для збудника хвороби, але в разі її пошкодження вірус легко може потрапити просто до системи кровообігу.

Патогенність

ВІЛ орієнтовно в 500–1000 разів менш заразний, ніж вірус гепатиту В.

За ступенем патогенності ми маємо таку черговість:

- Кров і продукти крові (безпосередньо потрапляння у систему кровообігу, зокрема у споживачів наркотиків);
- Органи, які використовуються для трансплантації;
- Сперма, особливо в разі контакту крові й сперми, наприклад, під час анального сексу;
- Вагінальна рідина.

Отже, найбільш заразною є кров, а найменш заразною – вагінальна рідина. Відповідно до наявних на сьогодні даних слина й слізна рідина не заразні!

Випадки, пов'язані з порушенням цілісності шкірних покривів

Уколи використаними голками не несуть високої загрози інфікування.

Після укусів випадків передачі ВІЛ-інфекції не виявлено. Однак варто зазначити, що власне укуси є доволі небезпечними, бо разом зі слиною можуть передаватися різні бактерії.

За даними наукових досліджень, коли стаються інциденти з уколами використаними голками, на яких наявні залишки інфікованої крові, імовірність зараження становить 1%. Імовірність потрапляння

інфекції в разі пошкоджень шкіри ще нижча.

4.6.2. Симптоми хвороби

Інкубаційний період

Перш ніж проявиться ВІЛ, може пройти від шести місяців до 10 років. Одразу після інфікування, впродовж приблизно одного місяця, пацієнт може скаржитися на незначену слабкість, пітливість уночі, втрату ваги, легке підвищення температури, незрозумілу діарею, кашель, збільшення лімфатичних вузлів. У рідкісних випадках хвороба розвивається гостро й нагадує за своїми проявами хворобу Пфайффера, яка також є вірусним захворюванням, а одним із її проявів є виражена втомлюваність. Через місяць цей етап завершується, наступним є безсимптомний період, який може тривати навіть кілька років.

Через кілька місяців або років у пацієнта починається раптове збільшення лімфатичних вузлів відразу в декількох зонах, яке може зберігатися впродовж трьох-чотирьох місяців. Певно, що не тільки ВІЛ може викликати збільшення лімфатичних вузлів. Такий симптом може виявлятися також у разі туберкульозу, сифілісу, гепатиту В, токсоплазмозу тощо. Тобто це неспецифічний симптом, але такий, який потребує бути насторожі.

У пацієнта зі СНІДом наявні такі симптоми:

- Загальна слабкість сукупно з втратою ваги, пітливістю ночами та стійкою діареєю;
- Різні супутні інфекції, які звикло супроводжують усі захворювання, пов'язані зі зниженням імунітету: герпес, грибові ураження слизової рота, горла, статевих органів тощо; запалення легень; запалення шлунково-кишкового тракту; менінгіти;
- Пурпурові плями на шкірі, слизовій рота або навіть у кишківнику, які також називають саркомою Капоші;
- Деменція.

ЧАСТИНА 5. ДІАГНОСТИКА

РОЗДІЛ 1. ПСИХІЧНИЙ СТАТУС. СИМПТОМИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Симптоми психічних розладів можуть проявлятися в таких сферах:

- Зовнішній вигляд;
- Свідомість;
- Орієнтація;
- Функції пам'яті;
- Сприйняття;
- Мислення;
- Настрій;
- Афект;
- Психомоторика;
- Функції оцінки та критики.

1.1. Зовнішній вигляд

Діагноз ніколи не встановлюється за зовнішнім виглядом особи, але разом із тим зовнішній вигляд несе важливу додаткову інформацію про природу й тяжкість захворювання. Оцінюючи зовнішній вигляд особи, важливо звертати увагу на дивакуватість, нестандартність образу, а також на загальну охайність. Також важливими є міміка й жести, ставлення до навколишніх обставин, а також наявність або відсутність зорового контакту зі співрозмовником.

1.2. Свідомість

Свідомість – це спроможність розуміти й критично оцінювати свій внутрішній і зовнішній світ. Розрізняють такі градації втрати свідомості:

Зниження рівня свідомості: особа загальмований, сонливий або перебуває в соноподібному стані, не вступає в бесіду,

але періодично на короткі терміни виходить із цього стану.

Втрата свідомості: особа не відповідає на питання, не реагує на звернення й на збудники.

Звуження свідомості: особа настільки занурений у свої хворобливі переживання (маячня, галюцинації, тривога, суїцидальні думки), що його уваги не вистачає на інше.

У стані зміненої свідомості особа чітко або взагалі не розуміє, де він, з ким розмовляє. Він не орієнтований у часі й не розуміє ситуації, в якій перебуває. Людина не в змозі зосереджувати увагу на тому, що відбувається навколо неї, і часто не може постфактум згадати, що відбувалося в період порушення свідомості.

Є також інші варіанти змін свідомості, наприклад, зміна відчуття особистості, коли виникає відчуття відстороненості від своєї особистості, спостереження за собою нібито збоку. В таких випадках часто говорять: «Я нібито дивлюся фільм про себе». Такий феномен має назву *деперсоналізація*.

Іншим варіантом може бути відчуття зміни навколишнього середовища. Реальність може сприйматися як щось «нереальне», штучне. При цьому пацієнт, описуючи свої відчуття, може зазначити щось на кшталт: «Я ніби під скляним ковпаком, дивлюся на світ із телефонної будки». Таке явище має назву *дереалізація*.

1.3. Орієнтація

Орієнтація полягає в розумінні спроможності особи усвідомлювати в яких обставинах і середовищі вона перебуває, яка поточна дата (день, місяць, рік) і ким вона

є. Ув'язнений із порушенням орієнтації, фактично перебуваючи в камері, може відчувати себе десь у кафе на вулиці N, а працівника установи мати за бармена і вважати, що нині не 2025 рік, а 1996-й. У цьому прикладі порушена спроможність орієнтуватися в усіх трьох сферах (просторі, часі й особистості).

1.4. Функція пам'яті

Під пам'яттю ми розуміємо спроможність особи запам'ятовувати поточну інформацію та утримувати її в мозку. Здатність запам'ятовувати називається імпринтингом (фіксуванням). Якщо є розлад імпринтингу, особа може відтворити інформацію з минулого, але не може зафіксувати ніякої нової.

Основні варіанти розладів пам'яті

Амнезія – часткова або абсолютна неспроможність згадати щось із минулого.

Ретроспективна фальсифікація – згадування про фактичні події, але з доданням вигаданих деталей.

Конфабуляції – неусвідомлене заповнення провалів у пам'яті вигаданими деталями, подіями, фактами, яких не було в реальності. При цьому пацієнт упевнений, що було саме так, як він розповідає.

Déjà vu («вже бачене») – стан, коли людина відчуває, що вона колись вже була в такій ситуації.

1.5. Сприйняття

Сприйняття – це можливість сприймати зовнішній світ за допомогою органів чуття людини: очей (зір), вух (слух), носу (запахи), язика (смак), шкіри (відчуття, біль, температура), вестибулярного апарата (кінетичні відчуття, рухи).

Розлади сприйняття називають галюцинаціями – це суб'єктивне відчуття наявності сенсорного подразнення без існування об'єктивного подразника. Відповідно до перерахованих вище органів чуття виділяють такі різновиди галюцинацій:

- *Зорові галюцинації*: людина бачить образи, яких немає в реальності;
- *Слухові або акустичні галюцинації*: людина чує «голоси» або інші звуки, яких не існує в об'єктивній реальності;
- *Нюхові галюцинації*: людина відчуває запахи, наприклад, запах бензину або сморід свого тлінного тіла;
- *Смакові галюцинації*: людина може відчувати, наприклад, що їжа пахне отрутою або має затхлий, несвіжий запах;
- *Тактильні галюцинації*: людина може відчувати, що її кусають комахи або що його опромінюють.

Відповідно до сприйняття самим пацієнтом патологічних феноменів розладів сприйняття, вирізняють істинні та псевдогалюцинації.

Бувають також ілюзорні викривлення, під якими розуміється неправильна інтерпретація об'єктивних сенсорних даних у процесі самого сприйняття, що нерідко виникає у зв'язку з високим рівнем тривожності й негативними очікуваннями.

Ще одним варіантом розладу сприйняття є маячне сприйняття. Це коли на тлі розгортання маячних ідей людина починає маячно сприймати навколишню реальність.

1.6. Мислення

Мислення оцінюється за параметрами форми й змісту. Оцінюється швидкість мислення, взаємозв'язки, логіка та спосіб вираження.

Виділяють такі розлади мислення:

- **Сповільнене мислення**: *брадіфренія* – низька швидкість і/або активність процесів мислення, яка проявляється в мисленні й мові. *Персеверації* – людина «застрягає» на одній думці та не може перейти до іншої. Такі форми сповільненого мислення спостерігаються в разі пошкоджень мозку. Також можливе таке явище, як гальмування – коли потік мислення нібито стримується, не виникає довільно. Такий феномен трапляється в разі депресивних станів, тяжкого переживання горя тощо.

- **Прискорене мислення:** *натиск думок* – думки вихором проносяться в голову. Такий стан спостерігається під час збудження та в манії. Політ думок – мислення людини в прискореному темпі, коли вона перескакує з однієї думки на іншу. Це також буває у випадку манії.
- **Раптова зупинка процесів мислення.** Це явище також називається *Sperrung* (застрягання) – людина іноді раптово на середині фрази припиняє говорити. Через певний час вона продовжує розмову, але вже зовсім на іншу тему.
- **Незв'язне, або інконгеренте мислення:** зникають зв'язки в мисленні, тобто зникає порядок подій у часі, причинно-наслідкові зв'язки, і легко пов'язуються речі, слова, значення, які не стосуються одне одного. За такого словникового «вінегрету» зовсім втрачаються всі зв'язки, фрази взагалі не мають сенсу, слова довільним чином нанизуються одне на друге. У разі вихолощування мислення людини у процесі висловлювання втрачає нитку міркування й заговорає. Ще одним феноменом розладів мислення та мови є використання *неологізмів*. Неологізми – це вигадані авторські слова, які не входять до загальноновживаної мови. І, насамкінець, конкретне мислення – коли пацієнт не може відрізнити прямого значення (буквальне) від переносного значення контексту.

З погляду порушень змісту мислення виділяються такі позиції:

- **Маячні ідеї:** стійкі, хибні переконання, які приймаються людиною за істину й не піддаються корекції. Розрізняються за змістом.
- **Нав'язливі думки:** являють собою повторювані й небажані думки, образи чи імпульси, які людина усвідомлює як ірраціональні, але не може їх контролювати.
- **Надцінні ідеї:** це думки, що переважають над усіма іншими. Виникають вони внаслідок реальних обставин, але згодом набувають надмірного емоційного забарвлення, займають у свідомості людини провідне місце та

впливають на процес мислення загалом. Пацієнт усвідомлює нереальність цих думок, але вони мають для нього важливе емоційне значення.

1.7. Настрій

Під настроєм ми розуміємо сукупність емоційних відчуттів і афектів, які оцінюються протягом певного періоду. З погляду суб'єктивного сприйняття настроїв – це поняття, яке може наповнювати і сама людина, тобто як вона сам себе описує.

Виділяються такі види й розлади настрою:

Депресивний настрій: патологічна пригніченість.

Дисфорія: стійкий похмурий, злосливий настрій.

Дратівливий настрій: стан, за якого люди часто й швидко видають гнівну емоційну реакцію, яка не відповідає інтенсивності збудника.

Скорботний настрій: емоційна реакція на тяжку втрату.

Ейфорія: патологічно веселий, благодушний, піднесений настрій.

Гіпоманія: розгальмований, патологічно благодушний настрій, з переоцінкою себе і своїх можливостей та підвищеною швидкістю в прийнятті рішень.

Емоційна лабільність: настрій, який характеризується швидкими переходами від одного емоційного стану до іншого.

1.8. Афект

Під афектом ми розуміємо почуття та емоційну реакцію на певні події, людей або ситуацію. Тобто це те враження, яке створює людина з огляду на її емоції та почуття: спокійна, врівноважена, товариська, збуджена тощо.

Коли емоція, яку демонструє людина, не відповідає ситуації, ми констатуємо **неадекватний афект**. Коли не отримуємо емоційної відповіді на середовище, то фіксуємо **сплощений** або **слабо модульований афект**. Якщо емоції швидко змінюють одна одну, йде мова про **афективну лабільність**.

1.9. Психомоторика

Під психомоторикою ми розуміємо рухову активність людини як похідну її психічної активності.

У цьому розділі можна виокремити такі найбільш вагомні розлади:

Зниження рухової активності, а саме три її види: 1) *загальмованість* – знижена швидкість та інтенсивність фізичної активності; 2) *ступор* – повна знерухомленість, у випадках психічного генезу так відбувається через заборону на психічному рівні; 3) *мутизм* – стан, коли людина не розмовляє.

Посилення рухової активності, зокрема розрізняють кілька основних варіантів цього виду порушень: 1) *психомоторне збудження (ажитація)* – загалом це непродуктивна гіперактивність, яка виражає інтенсивну внутрішню напругу; 2) *гіперкінезія* – невгамовна, часто агресивна й деструктивна діяльність; 3) *тикозні рухи* – різкі, неконтрольовані рухи або звуки, що повторюються.

Кататонія: специфічна рухова активність, яка спостерігається виключно в межах шизофренії та проявляється ехोलаліями, ехопраксіями, стереотипіями, вичурністю, автоматизмами, каталепсією, негативізмом, автоматичним виконанням завдання, навіть якщо воно може мати явно негативні наслідки для людини.

Кататонічні розлади не залежать від волі пацієнта. Кататонічна активність цілком регламентована хворобливим процесом.

1.10. Функції оцінки та критики

Ми маємо оцінювати й порівнювати низку позицій у конкретних умовах з метою оцінити ситуацію та винести рішення щодо подальших дій. Треба зазначити, що порівняння й оцінювання стосуються також і ціннісних категорій, а саме справедливості, добра, краси, значущості, адекватності певних соціальних норм тощо.

Якщо послідовність дій особи відповідає реальним обставинам, ми робимо висновок, що функції оцінки та критики у такої

особи в нормі. Водночас функції оцінки й критики вважаються порушеними в ситуації, коли у поведінці людини домінують пориви, спрямовані виключно на задоволення особистих бажань, що призводить до імпульсивних дій і рішень, які базуються на інфантильному прагненні миттєвого задоволення своїх потреб.

Основні види розладів оцінки й критики:

- Втрата розуміння соціальних норм: поведінка стає більш примітивною, грубою, пацієнт не розуміє її невідповідність ситуації.
- Переоцінка особистості: трапляється, наприклад, у разі маніакальних станів, коли особа, явно переоцінюючи свої бізнес-якості, може потрапити в складну фінансову ситуацію.

Разом із тим часто до категорії розладів оцінки й критики ми також включаємо ставлення та розуміння свого психічного розладу і стану:

- Заперечення хвороби: абсолютне та стійке невизнання наявності в себе психічного розладу.
- Неадекватна оцінка стану: людина може розуміти, що є нездоровою, але водночас відмовлятися від будь-якої допомоги та/або шукати причини своєї хвороби в зовнішніх проблемах.
- Адекватна оцінка стану: особа цілком розуміє, що вона хвора, а також те, що хвороба зумовлена внутрішніми процесами в організмі.
- Логічне усвідомлення хвороби: людина визнає, що вона хвора, а також що симптоми й обмеження пов'язані саме з хворобою, але при цьому вона не приймає жодних кроків у напрямку покращення свого стану
- Емоційне прозріння: емоційно збалансоване розуміння своїх мотивів і відчуттів, а також глибокого значення симптомів. Особа відкритий до нових ідей щодо себе й нових людей у своєму житті.

РОЗДІЛ 2. РОЗШИРЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДО СКОРОЧЕНОЇ ВЕРСІЇ ОЦІНКИ ПСИХІАТРИЧНИХ СИМПТОМІВ (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS)

Цю інструкцію розроблено для використання BPRS у рамках надання амбулаторної психіатричної допомоги. Інструкція містить схему інтерв'ю, дефініції симптомів і специфічних опорних точок для оцінювання симптомів. Оцінки базуються на відповідях пацієнта, а також на об'єктивному оцінюванні його поведінки в процесі інтерв'ю та під час перебування під наглядом. Питання в шкалах 1–10, 19–21 стосуються двотижневого періоду перед інтерв'ю. Оцінка поведінки в шкалах 10–18 базується на спостереженнях за поведінкою пацієнта безпосередньо під час інтерв'ювання. У випадку загострення психотичних симптомів навіть упродовж одного дня оцінювання за такими шкалами, як **Галюцинації** та **Розлади мислення**, необхідно оцінювати саме з огляду на цей «піковий» період. Якщо в дефініціях опорних точок наявне **«або»**, то пацієнт отримує максимальний з можливих балів. Наприклад, якщо в пацієнта протягом усього оцінюваного періоду постійно присутні галюцинації (7 балів), при цьому вони практично не впливають на повсякденну активність пацієнта (5 балів), ми все ж таки мусимо виставити за цією шкалою 7 балів. Опорні точки для оцінювання симптомів у цій інструкції пропонуються в балах. Додатково використовуються характеристики, пов'язані з виділенням непатологічного й патологічного ступеня інтенсивності симптомів. Так, бал 2–3 означає, що симптоми не досягають патологічно ступеня інтенсивності, але оцінки в діапазоні 4–7 свідчать про те, що симптом належить до патологічного рівня.

Оцінюйте позиції 1–10 і 19–21 зі слів пацієнта.

1. ЗАНЕПОКОЄННЯ СВОЇМ ФІЗИЧНИМ СТАНОМ

Оцінка ступеня занепокоєності своїм фізичним здоров'ям на сьогодні. Оцінюється рівень сприйняття пацієнтом свого фізичного здоров'я як незадовільного незалежно від наявності або присутності об'єктивних скарг.

- Чи турбує вас ваш фізичний стан?
- Чи маєте ви якесь захворювання й чи зверталися по консультацію до лікаря?

2–3 бали	Слабка вираженість	Періодично бувають скарги або стурбованість щодо фізичного здоров'я
4–5 балів	Помірна вираженість	Часті прояви занепокоєння або надмірна стурбованість щодо свого фізичного здоров'я. Попри виражену зосередженість на цьому питанні не досягає ступеня маячні
6–7 балів	Сильна вираженість	Висока й стабільна ступінь зосередження на проблемах фізичного здоров'я або навіть іпохондричне маячіння

2. ТРИВОГА

Страх, напруга, тривога, паніка або занепокоєння. Оцінюється виключно на основі усного викладення своїх суб'єктивних переживань самим пацієнтом, тобто це не висновки, які стосуються результатів об'єктивного спостереження за зовнішніми проявами пацієнта.

- Чи турбували вас раптом тривога або занепокоєння?
- Чи не виникали неприємні думки, постійно присутні у вашій голові впродовж деякого часу?

- Чи турбували вас напади прискороного серцебиття, пітливості, тремору, відчуття нестачі повітря?
- Чи шкодили ці відчуття вашому нормальному функціонуванню?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Відчуття тривоги й занепокоєння виражено більше від звичайного, що спричиняє емоційний дискомфорт. Загальне функціонування не порушене
3 бали	Слабка вираженість	Занепокоєння, тривога більш виразні, але особа все ж таки утримує можливість направляти увагу на інші речі, щоденну рутину. Загальне функціонування не порушене
4 бали	Помірна вираженість	Занепокоєння, тривога присутні більшість часу, пацієнт має проблеми з перенаправленням уваги з хворобливих переживань на щось інше, але його загальне функціонування значно не порушується. Іноді може бути присутня тривога з вегетативними симптомами, але також без зниження загального функціонування
5 балів	Доволі сильна вираженість	Часті напади тривоги з вегетативними симптомами, а також наявність порушень у деяких сферах функціонування через тривогу й відчуття занепокоєння
6 балів	Сильна вираженість	Відчуття тривоги з вегетативними симптомами присутні більшість часу, у зв'язку з чим функціонування порушується в багатьох сферах життєдіяльності
7 балів	Дуже сильна вираженість	Стійка тривога з вегетативною симптоматикою. У зв'язку з постійною тривогою та відчуттям занепокоєння функціонування порушено по більшості сфер життєдіяльності

3. ДЕПРЕСІЯ

Ця шкала охоплює настрій (смуток, незадоволеність, ангедонію) та когнітивні функції: концентрацію на сумних думках, які присутні у високій концентрації, що погіршує спроможність концентруватися на отриманні нової інформації, бесіді, відчуття безнадії, втрата самоцінності (незадоволеність собою, відчуття огиди до самого себе). Заносячи результати, не враховуйте вегетативні симптоми такі як моторна загальмованість і ранні пробудження.

- Чи почувалися ви нещасливим або пригніченим ?
- Як часто ви маєте подібні почуття?
- Чи могли б ви за бажання перемкнути свою увагу на більш приємні для вас речі?
- Чи відбулися зміни у ставленні до речей, які зазвичай приносили задоволення й піднесення, а саме: до роботи, хобі, соціального життя, друзів, дозвілля тощо?
- Чи виникають проблеми з виконанням звичайних щоденних справ?

2 бали	Дуже слабка виразність	Пацієнт відчувається більш засмученим, нещасливим, депресивним, ніж зазвичай
3 бали	Слабка виразність	Пацієнт відчувається більш засмученим, нещасливим, депресивним, ніж зазвичай, і не може позбутися цих почуттів
4 бали	Помірна виразність	Періоди пригніченості, помірно зниженого настрою з відчуттям нещастя виникають часто, але за умови посиленого напруження продуктивне функціонування зберігається
5 балів	Доволі сильна виразність	Багаточисленні періоди тяжкої депресії з порушенням функціонування в декількох сферах життєдіяльності
6 балів	Сильна виразність	Тяжка депресія присутня більшість часу, через що функціонування порушується в багатьох сферах життєдіяльності
7 балів	Дуже сильна виразність	Стійка депресія важкого ступеня присутня практично постійно. Функціонування порушено в більшості сфер життєдіяльності

4. ВІДЧУТТЯ ПРОВИНИ

Надмірна стурбованість або докори сумління через свою поведінку, рішення в минулому. Ця шкала оцінюється виключно зі слів пацієнта. Симптоми не можна оцінювати на основі наявності депресії, тривоги або захисних невротичних реакцій.

- Чи замислювалися ви про проблеми, пов'язані з вашим минулим?
- Чи докоряєте ви собі у зв'язку з якимись подіями, вчинками, рішеннями в минулому?
- Чи зробили ви щось таке, чого зараз соромитеся?

2-3 бали	Слабка вираженість	Легка стурбованість із приводу того, що колись зробив щось не так і хотів би вчинити інакше
4-5 балів	Помірна вираженість	Насиченість думками, пов'язаними з тим, що в результаті дій або бездіяльності пацієнта він нашкодив комусь
6-7 балів	Сильна вираженість	Маячіння провини й інтенсивна сконцентрованість на докорах на свою адресу

5. ЗЛОСТИВИЙ АФЕКТ

Ненависть, підозрілість, войовничий настрій, погрози, спалахи гніву, знищення предметів чужої власності, фізична агресія та інші прояви агресивного ставлення або агресивної поведінки. Не можна оцінювати показник з огляду на захисні невротичні реакції, відчуття тривоги або скарг на соматичні розлади. Також не беріть до уваги поодинокий випадок спалаху гніву.

- Чи були проблеми з налагодженням взаємовідносин з оточенням (родиною, друзями, колегами, сусідами тощо)?
- Чи були ви останнім часом дратівливими?
- Чи брали ви участь у з'ясовуванні стосунків на словах або у фізичних сутичках?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Роздратований, буркотливий
3 бали	Слабка вираженість	Сперечається, робить саркастичні зауваження
4 бали	Помірна вираженість	У різних ситуаціях проявляє злобу або кричить на інших
5 балів	Доволі сильна вираженість	Погрожує іншим, грюкає дверима або кидає різні предмети
6 балів	Сильна вираженість	Нападав на інших, але без фізичних пошкоджень. Наприклад, штовхався, знищував чужу власність (бив вікна, кидав меблі тощо)
7 балів	Дуже сильна вираженість	Нападав на інших із високим ризиком заподіяння фізичних пошкоджень або з фактичним заподіянням фізичної шкоди. Наприклад, накинувся з молотком

6. ПІДОЗРІЛІСТЬ

Впевненість у тому, що інші люди нашкодили або можуть нашкодити пацієнту своїми діями. Водночас треба виключати підозри щодо наявності відповідних симптомів, у випадках, пов'язаних із діями нелюдських, містичних сил (наприклад, диявола), якщо це має зв'язок із релігійними установками або субкультурними віруваннями, характерними для середовища, з якого походить пацієнт.

- Чи не видавалося вам, що інші люди щось замислюють проти вас?
- Чи не намагався хтось завдати вам шкоди або вдатися до будь-яких негативних дій проти вас?
- Чи не турбували вас недобрі наміри щодо вас з боку інших осіб?

2–3 бали	Слабка вираженість	Здається підозрілим. Зосереджений на своїх цих думках. Доволі правдоподібно описує ситуації, коли інші люди мали намір або нашкодили пацієнту. Часто особа припускає, що інші насміхаються або щось замишляють проти неї за її спиною.
4–5 балів	Помірна вираженість	Особа стверджує, що інші люди постійно обговорюють її в негативному контексті та/або мають намір нашкодити.
6–7 балів	Сильна вираженість	Наявне маячіння. Пацієнт упевнений у наявності змови проти нього за участю мафії, ФБР тощо. Ці «шкідники» можуть отруювати їжу, прослуховувати, впливати радіопроменями тощо.

7. РОЗЛАДИ МИСЛЕННЯ (ЗМІСТОВИЙ АСПЕКТ)

Незвичайні, дивакуваті, нелогічні за змістом думки. У межах цього критерію оцінюється ступінь незвичайності змісту, а не ступінь дезорганізації мови. Маячіння в основі своїй виражається нелогічними, відірваними від реальності впевненостями. Треба враховувати такі феномени як вкладання чужих, вилучення особистих або трансляція думок. Разом із тим звертайте увагу на наявність маячіння величч, соматичного маячіння, маячіння переслідування тощо, навіть якщо вони не були враховані в інших розділах.

- Чи не було у вас відчуття, що хтось або щось контролює ваші рухи та/або думки?
- Чи не відбувалося чогось дуже значного в останній час у вашому житті?
- Чи не говорили про вас по телевізору, в Інтернеті та/або в газетах?
- Чи не відбувалося останнім часом чогось незвичайного у вашому житті?
- Якщо так, чи маєте ви пояснення тому, що сталося (запропонуйте навести приклади й занотуйте їх)?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Ідеї ставлення (люди витріщаються, сміються з нього); думки про переслідування. Особа має віру в незвичайні сили, духів, НЛО тощо, але не має впевненості, тобто наявні деякі сумніви
3 бали	Слабка вираженість	Те саме, що вище, але з повною впевненістю в наявності
4 бали	Помірна вираженість	Маячіння присутнє, але воно не дуже впливає на поведінку пацієнта. Маячіння «інкапсульоване», пацієнт впевнений у своїх підозрах та відчуттях, але функціонування не порушено
5 балів	Доволі сильна вираженість	Розгорнуте маячіння із зосередженням пацієнта на хворобливих відчуттях. Функціонування пацієнта порушено в деяких сферах його життєдіяльності

6 балів	Сильна вираженість	Наявне розгорнуте маячіння з високою зосередженістю на хворобливих переживаннях впливає на поведінку пацієнта. Функціонування пацієнта порушено в багатьох сферах життєдіяльності
7 балів	Дуже сильна вираженість	Поведінка пацієнта цілком залежить від наявних маячних переживань, його думки також зосереджені на тематиці маячних ідей. Функціонування порушено практично в усіх сферах життєдіяльності

8. ПІДВИЩЕНА САМООЦІНКА

Неправильне оцінювання своєї особистості. Впевненість у наявності надзвичайних здібностей, могутності, багатства, популярності тощо. Цей критерій оцінюється тільки на підставі суб'єктивної оцінки себе пацієнтом (поведінка пацієнта під час бесіди не враховується).

- Чи маєте ви у своєму житті особливе завдання або місію?
- Чи маєте ви якісь особливі таланти, якості, здібності?
- Чи вважаєте ви себе багатою, відомою, впливовою людиною?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Почувається добре й заперечує наявні проблеми
3 бали	Слабка вираженість	Занадто зарозумілий
4 бали	Помірна вираженість	Неадекватно хвалькуватий, стверджує, наприклад, що є блискучим спеціалістом у якійсь або в усіх сферах, знає, як усе влаштовано в світі тощо
5 балів	Доволі сильна вираженість	Стверджує, що є великим музикантом, який уже скоро буде записувати свої диски, або що є винахідником, який скоро запатентує свій дуже важливий винахід, але всі ці твердження не відповідають реальному стану речей і, відповідно, мають маячний характер
6 балів	Сильна вираженість	Пацієнт абсолютно впевнений у тому, що є відомим актором, впливовим політиком, має екстрасенсорні здібності, мільйонні статки, виконував якісь спеціальні завдання тощо за повної відсутності фактів із реального життя щодо їх підтвердження. Пацієнт впевнений у своїх таких можливостях і почувається відповідно
7 балів	Дуже сильна вираженість	Наявні різноманітні претензії щодо надможливостей, суперзавдань і функцій, делегованих саме особі, наприклад: Бог доручив управляти світом, особа може впливати на майбутнє, є самим Ісусом Христом, президентом США тощо

9. ГАЛЮЦИНАЦІЇ

Наявність сенсорного сприйняття без відповідних зовнішніх подразників. Оцінюється виключно ступінь порушення функціонування внаслідок наявності галюцинаторних переживань, але з урахуванням наявності феномену «звучання своїх думок».

- Чи не чули ви голосів, які або зверталися до вас, або обговорювали вас, при тому що біля вас у той момент нікого не було?
- Можливо, ви бачили щось, чого не бачили інші люди, або відчували якісь запахи, яких не відчував ніхто з вашого оточення?
- Чи впливали ці відчуття на ваше щоденне функціонування?

2 бали	Дуже слабка вираженість	У стані тривоги, перед засинанням пацієнт щось бачить або чує голоси, звуки, шепотіння без наявності зовнішніх подразників, але це не заважає його функціонуванню
3 бали	Слабка вираженість	У ясній свідомості пацієнт чує звуки або шепотіння. Також можуть виявлятися ілюзорні викривлення сприйняття, наприклад, у темряві пацієнт бачить якісь обличчя, але це не шкодить його функціонуванню
4 бали	Помірна вираженість	Пацієнт має галюцинації періодично (1–3 рази за період, визначений для спостереження) або галюцинації присутні часто, але не зашкоджують загальному функціонуванню
5 балів	Доволі сильна вираженість	Галюцинації присутні щоденно. Функціонування порушено в декількох сферах
6 балів	Сильна вираженість	Галюцинації зауважуються до кількох разів упродовж дня. Функціонування пацієнта порушено в більшості сфер
7 балів	Дуже сильна вираженість	Пацієнт галюцинує практично весь день, функціонування значно порушено практично в усіх сферах життєдіяльності

10. ПОРУШЕННЯ ОРІЄНТАЦІЇ

Спостерігається сплутаність або повна дезорієнтація щодо місця, часу й особистості. Пацієнт не розуміє загальної ситуації, у якій перебуває, і не може продуктивно скористатися додатковою інформацією, що надається в рамках допомоги з орієнтуванням.

Дослідження орієнтації треба розпочати з простого, але дуже необхідного питання: «Чи можу я поставити вам кілька стандартних питань, які ставляться всім пацієнтам у межах загального опитування?».

- Скільки вам років?
- Який сьогодні день тижня?
- Де ви зараз перебуваєте?

2–3 бали	Слабка вираженість	Сплутаність легкого ступеня, проявляється зрідка
4–5 балів	Помірна вираженість	Пацієнт дещо розгублений та має проблеми з орієнтуванням в простих речах. Йому складно пригадати якісь події або впізнати знайомого. Також він злегка дезорієнтований в часі й просторі
6–7 балів	Сильна вираженість	Явно виражена дезорієнтація в просторі, часі та особистості. Оцінюйте позиції 11–18, 23 і 24 на основі даних, отриманих під час спостереження за поведінкою особи, і з інформації, отриманої у процесі спілкування з пацієнтом

11. СУЇЦИДАЛЬНІСТЬ

Виражене бажання, намір або поведінка, пов'язані із заподіянням самоушкоджень або посяганням на своє життя.

- Чи не було у вас відчуття, що життя не варте того, щоб марнувати на нього час?
- Чи не маєте ви думок про те, щоб піти з життя?
У разі ствердної відповіді на попереднє запитання:
- Як ви собі це уявляєте? Чи намагалися вже якось це зробити в реальному житті?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Час від часу виникає думка: «З мене вже досить всіх цих негараздів». Сформованих суїцидальних думок немає
3 бали	Слабка вираженість	Іноді виникають суїцидальні думки або думки на кшталт «Краще б я вмер (-ла)», але немає чіткого плану або наміру щодо самогубства
4 бали	Помірна вираженість	Багаторазово виникають суїцидальні думки, але немає чіткого плану або наміру щодо самогубства
5 балів	Доволі сильна вираженість	Пацієнт має фантазії на тему, як саме він міг би накласти на себе руки. Іноді розмірковує у який спосіб він міг би заподіяти собі смерть, але не має визначеної дати, часу й не розробляє спеціального плану. Може бути навіть єдина імпульсивна суїцидальна спроба, але в такий спосіб, який не є летальним, і пацієнт знає та очікує, що, найімовірніше, його врятують
6 балів	Сильна вираженість	Пацієнт має бажання покінчити із собою. Він шукає зручний спосіб і час. Навіть скоює суїцидальну спробу, але в такий спосіб, який із медичного погляду не є абсолютно летальним, і пацієнт знає, що може бути врятований
7 балів	Дуже сильна вираженість	Пацієнт має чіткий намір і план, опрацьований у деталях. Схематично це може бути: «Як тільки я зроблю..... так.....». Або він навіть скоює суїцидальну спробу й у такий спосіб, за якого цілком імовірний летальний кінець, або у віддаленому місці

12. НЕСПРОМОЖНІСТЬ ЗАДОВОЛЬНЯТИ СВОЇ ОСНОВНІ ЖИТТЄВІ ПОТРЕБИ

Пацієнт втрачає спроможність дбати про себе на відповідному рівні. Не підтримує свій зовнішній вигляд, не здатний забезпечити задовільний режим харчування тощо, і така неспроможність до забезпечення своїх основних життєвих потреб може загрожувати життю пацієнта.

- Як ви харчуєтеся?
- Скільки раз на день ви приймаєте їжу?
- Що зазвичай їсте на обід, сніданок або вечерю?
- Чи пропускаєте ви іноді прийоми їжі?
- Скільки часу ви втрачаєте зазвичай на вбирання та дбання про себе?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Зовнішній вигляд не зовсім відповідає прийнятим у суспільстві нормам, наприклад, сорочка висмикнута зі штанів, ґудзики застебнуті не правильно тощо
3 бали	Слабка вираженість	Зовнішній вигляд неохайний: волосся не причесане, одяг брудний тощо
4 бали	Помірна вираженість	Зовнішній вигляд украй неохайний: особа не миється, одяг брудний, волосся не мите тощо
5 балів	Доволі сильна вираженість	Неохайний зовнішній вигляд, харчування нерегулярне, неякісне. Наприклад, особа не миється, носить один одяг по кілька днів або й тижнів без прання, має неприємний запах із рота, їсть тільки картоплю тощо
6 балів	Сильна вираженість	Ступінь порушення навичок догляду за собою настільки високий, що це може загрожувати життю особи. Наприклад, пацієнт не миється й не змінює одяг самостійно, робить це тільки за наполяганням інших осіб. Також така особа не має адекватного харчування. Їсть випадково, коли хтось нагадає або організує харчування
7 балів	Дуже сильна вираженість	Пацієнт абсолютно не забезпечує свої основні життєві потреби, і це загрожує його життю. Він не доглядає за своїм зовнішнім виглядом, не їсть тощо

13. НЕСТАНДАРТНА, ДИВАКУВАТА ПОВЕДІНКА

Пацієнт має характеристики дивакуватої особи, з нестандартною поведінкою, звичками, які мають певний зв'язок із психотичними розладами. Оцінювання цього критерію не повинно обмежуватися лише періодом бесіди. Також не оцінюйте театральність, кататонічні прояви або поведінку, спонукану «голосами».

- Чи не отримували ви на свою адресу зауважень щодо поведінки або звичок?
- Чи не маєте ви звички збирати якісь предмети?
- Чи мали ви досвід комунікації з поліцією щодо вашої поведінки (не пов'язаної зі скоєнням кримінального злочину)?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Особа має деякі дивацтва в поведінці, наприклад, складає запаси продуктів, носить рукавички вдома тощо
3 бали	Слабка вираженість	Характерна дивакувата поведінка, наприклад, гучна мова в суспільних місцях, відсутність адекватного зорового контакту під час спілкування з іншими тощо
4 бали	Помірна вираженість	Доволі помітна дивакувата поведінка. Наприклад, незвичайний, яскравий макіяж, «проповідництво» навіть серед незнайомих, збирання сміття тощо
5 балів	Доволі сильна вираженість	Виражена дивакувата поведінка. Наприклад, бродяжництво, вживання в їжу неїстівних речей, вбирання в одяг, не відповідний погоді, тощо
6 балів	Сильна вираженість	Дивні, але не тяжкі порушення суспільного ладу, пов'язані, наприклад, з перешкодами руху транспорту, поява в оголеному вигляді в суспільних місцях, звернення в поліцію щодо «скоєння» злочинів, закладання вибухівки тощо
7 балів	Дуже сильна вираженість	Тяжкі правопорушення, наприклад, скоєння підпалювань, асоціальні крадіжки, кіднепінг тощо, які здійснюються в дивакуватий спосіб і не мають логічних підстав та користі для особи

14. ПІДВИЩЕНИЙ НАСТРІЙ

Стійке, виражене, перебільшене відчуття доброго самопочуття, підвищеного настрою, веселості, ейфорії, оптимізму, яке не відповідає об'єктивній ситуації. Водночас не треба робити висновок про підвищений настрій пацієнта, виходячи лише із симптомів гіперактивності або висловлювань на тему особистого значення, які виявляються тільки під час інтерв'ю.

- Чи не відчуваєте ви веселості, піднесення, нібито ви на сьомому небі від щастя, без будь-якої конкретної причини?
- Чи можливо назвати цю веселість здоровою?
- Скільки часу триває така веселість?

2 бали	Дуже слабка вираженість	Особа виглядає просто щасливою, без конкретної причини
3 бали	Слабка вираженість	Поодинокі випадки безпідставного піднесеного настрою та відчуття благополуччя
4 бали	Помірна вираженість	Іноді людина демонструє періоди підвищеного настрою, оптимізму, впевненості в собі, які не відповідають об'єктивним обставинам. Може часто жартувати, всміхатися, хіхикати, береться всім допомагати, виявляє безпідставну ейфорію
5 балів	Доволі сильна вираженість	Багато й часто розповідає всім навколо про відчуття нереального благополуччя, оптимізму, які не відповідають реальному стану справ. Можливо почути від пацієнта такі піднесені висловлювання, як, наприклад: «Я почуваюся краще за всіх», «Усе просто чудово», «Усе так добре, що вже не може бути краще» або спостерігати прояви ейфорії та виражено піднесеного настрою
6 балів	Сильна вираженість	Пацієнт демонструє значно піднесений настрій, не адекватний змісту бесіди, протягом практично всього інтерв'ю і/або непоодинокі епізоди значно піднесеного настрою, ейфорії та гіперактивності впродовж періоду спостереження
7 балів	Дуже сильна вираженість	Особа перебуває нібито під впливом наркотичних речовин. Без причини сміється, недоречно жартує, хіхікає, не відчуває дистанції, виявляє відчуття особистої невразливості та високих здібностей, яке не відповідає реальним обставинам

15. ДЕЗОРГАНІЗАЦІЯ МИСЛЕННЯ (ФОРМАЛЬНИЙ АСПЕКТ)

Ступінь непослідовності, розірваності або дезорганізації вербальної продукції. Оцінювання ступеня змін полягає в аналізі теми розмови, багатомовності пацієнта, раптових змін предмета обговорення, інконгруентності, відхилень від основної теми, наявності таких феноменів, як «застрягання», вживання неологізмів тощо. Оцінюйте зміст того, що говорить пацієнт, спираючись на перші 15 хвилин інтерв'ю.

2 бали	Дуже слабка вираженість	Дивне вживання слів, підвищена асоціативність
3 бали	Слабка вираженість	Є складнощі з розумінням загального контексту сказаного пацієнтом, оскільки він раптово перескакує з однієї теми на іншу
4 бали	Помірна вираженість	Виникають певні складнощі з розумінням змісту повідомлення пацієнта, оскільки він багатослівний, перескакує з однієї теми на іншу, відходить від основної теми бесіди, концентруючись на вторинних аспектах та/або наявні 1-2 епізоди серйозних дисфункцій, а саме інконгруентності, втрати теми розмови, неологізмів, застрягань тощо
5 балів	Доволі сильна вираженість	Практично неможливо зрозуміти, що саме пацієнт хоче сказати, через багатомовність, постійне перескакування з теми на тему та/або фіксацію 3-5 епізодів дисфункцій із прикладів, наведених вище
6 балів	Сильна вираженість	Контакт малопродуктивний. Практично неможливо зрозуміти, що саме пацієнт хоче сказати через тяжку дисфункцію
7 балів	Дуже сильна вираженість	Абсолютно неможливо зрозуміти мову пацієнта через повну дезорганізацію вербальної продукції

16. ПСИХОЕМОЦІЙНЕ ЗБУДЖЕННЯ

Підвищена емоційність, імпульсивність, яскраве реагування на зовнішні подразники, комунікацію.

2-3 бали	Слабка вираженість	Підвищена емоційність. Пацієнт здається напруженим, ніби в очікуванні чогось
4-5 балів	Помірна вираженість	Підвищена інтенсивність реагування на більшість подразників, незалежно від того релевантні вони чи ні. Концентрація уваги знижена
6-7 балів	Сильна вираженість	Явно надмірна реакція на всі зовнішні подразники, з неадекватною інтенсивністю відповіді, імпульсивністю, занепокоєнням. Пацієнт не може заспокоїтися та має великі складнощі з виконанням завдань з цієї причини

17. МОТОРНА ЗАГАЛЬМОВАНІСТЬ

Зниження енергетичного потенціалу, яке проявляється в загальмованості рухів і мовлення, зниженні м'язового тону й загальному зниженні рухової активності. Оцінюється тільки за результатами спостереження за пацієнтом. Не треба звертати увагу на те, як оцінює свою рухову активність сам пацієнт.

2-3 бали	Слабка вираженість	Помітна загальмованість рухів, мовлення, а також загальне зниження рухової активності
4 бали	Помірна вираженість	Сильне зниження або загальмованість рухової та мовної активності
5 балів	Доволі сильна вираженість	Мова й рухи значно загальмовані, спонтанні
6 балів	Сильна вираженість	Пацієнт практично не реагує на зовнішні стимулювальні подразники: не рухається, коли його злегка підштовхують, і не відповідає, коли до нього звертаються
7 балів	Дуже сильна вираженість	Ступор, кататонія

18. АФЕКТИВНЕ СПЛОЩЕННЯ

Зниження ступеня емоційної експресивності, представленої у мімічних змінах, у голосі й жестах. Помітна різниця в реагуванні або сплосченість навіть під час обговорення важливих тем.

2-3 бали	Слабка вираженість	Певна недостатність нормального емоційного реагування
4 бали	Помірна вираженість	Ступінь емоційних реакцій знижений. Пацієнт практично не всміхається, не виражає смутку або інших емоцій, навіть якщо зачіпаються емоційно значущі теми. Можуть спостерігатися окремі випадкові епізоди, а саме до 3-4 за час інтерв'ю
5 балів	Доволі сильна вираженість	Ступінь емоційних реакцій знижений. Пацієнт практично не всміхається, не виражає смутку або інших емоцій, навіть якщо зачіпаються емоційно значущі теми. Можуть спостерігатися окремі випадкові епізоди, а саме один за час інтерв'ю
6 балів	Сильна вираженість	Спостерігається механічна мова, відсутня жестикуляція та одноманітний вираз обличчя
7 балів	Дуже сильна вираженість	Застиглий вираз обличчя, емоційно пласка мова, пацієнт не проявляє емоцій

19. АЖИТАЦІЯ

Фізичні й моторні прояви напруги та внутрішнього неспокою, які мають об'єктивні прояви і можуть бути оцінені спостерігачем. Відчуття самого пацієнта, зазначені в підрозділі 2. ТРИВОГА.

2-3 бали	Слабка вираженість	Має напружений вигляд. Напружене положення тіла, робить нервові рухи
4-5 балів	Помірна вираженість	Має тривожний вигляд, наляканий вираз обличчя, тремор, неспокій
6-7 балів	Сильна вираженість	Пацієнт не може всидіти на одному місці, постійно ходить туди-сюди, заламує руки, дуже стривожений

20. МАНІРНІСТЬ

Незвичайна, дивакувата поведінка, з стереотиповими рухами, жестами, неприродним положенням тіла, явно незручним і недоречним. Потрібно виключати ефекти, пов'язані з побічними діями лікарських засобів.

2-3 бали	Слабка вираженість	Ексцентрична або дивакувата поведінка, яку складно пояснити раціональними аргументами. Наприклад, пацієнт може робити гримаси або рухати пальцями, ніби щипає
4-5 балів	Помірна вираженість	Манерність або кататонічні прояви тривають 5 хвилин або більше й трактуються як дивакувата або така, що виходить за рамки «нормальної», поведінка
6-7 балів	Сильна вираженість	Кататонічні прояви, потирання рук, розгойдування на стільці, дивні ритуали, які домінують у поведінці пацієнта

21. НЕГАТИВІЗМ

Супротив, нетовариське ставлення, явно негативне ставлення або неготовність до співпраці в ході інтерв'ю. Оцінюйте тільки небажання співпрацювати під час інтерв'ю, не варто враховувати негативізм щодо членів родини.

2-3 бали	Слабка вираженість	Інтерв'ю викликає роздратування. Пацієнт не бажає відповідати на окремі запитання, але на більшість відповідає
4-5 балів	Помірна вираженість	Відкритий супротив і негативне ставлення до інтерв'ю, але врешті-решт починає співпрацювати
6-7 балів	Сильна вираженість	Відмовляється від співпраці, чинить фізичний супротив участі в інтерв'ю

22. ЕМОЦІЙНА ВІДСТОРОНЕНІСТЬ

Знижена емоціональна участь пацієнта під час інтерв'ю. Використовуйте своє особисте відчуття щодо присутності / відсутності «невидимої» стіни між пацієнтом і спостерігачем / інтерв'юером.

2-3 бали	Слабка вираженість	Не виявляє зацікавленості інтерв'ю, але реагує, коли до нього звертаються, і відповідає на запитання
4-5 балів	Помірна вираженість	Видається, що пацієнт більшу частину інтерв'ю намагається уникнути емоційного контакту. Дає максимально короткі відповіді
6-7 балів	Сильна вираженість	Уникає активної участі. Дає відповіді «Так» або «Ні». Може самостійно залишити місце проведення інтерв'ю або не реагувати на запитання

ДОДАТКОВІ ШКАЛИ

23. МОТОРНЕ ЗБУДЖЕННЯ

Підвищення енергетичного рівня, що виявляється в посиленні рухової активності та/або прискоренні темпу мовлення (оцінюючи цей параметр, виходьте з аналізу перших 15 хвилин огляду).

2 бали	Дуже слабка вираженість	Спостерігаються окремі моменти рухового неспокою, коли пацієнту складно всідіти на місці, він має пожвавлену міміку й доволі багатомовний
3 бали	Слабка вираженість	Періодично пацієнт має помітне посилення рухової активності, пожвавлення жестикуляції та 1-3 короткотривалих епізоди мовного напору
4 бали	Помірна вираженість	Сильне моторне занепокоєння. Пацієнт може всідіти на місці, але постійно змінює позу, надмірно експресивно жестикулює, міміка пожвавлена. Посилення мовного напору спостерігається до 50% часу інтерв'ю
5 балів	Доволі сильна вираженість	Пацієнту складно всідіти на місці. Він дуже експресивно жестикулює. У процесі інтерв'ю неодноразово робить непродуктивні, повторювані рухи, до 1-2 разів піднімається з місця й намагається кудись піти
6 балів	Сильна вираженість	Надмірно виражена рухова активність. Пацієнт перебуває в постійному русі під час інтерв'ю, гучно постукує, створює шум, переставляє ноги тощо. Речова продукція підвищена в процесі всього інтерв'ю. Пацієнта практично неможливо зупинити. До 3-4 разів під час інтерв'ю встає та починає ходити по кабінету
7 балів	Дуже сильна вираженість	Постійна підвищена моторна активність. Пацієнт не може всідіти на місці, він ходить кімнатою в процесі інтерв'ю. Постійно розмовляє. Людину можна перервати лише на короткий період, і від неї практично неможливо отримати релевантну інформацію

24. ВІДВОЛІКАННЯ

Ступінь можливого переривання речової або поведінкової послідовності внаслідок впливу мінімальних зовнішніх стимулів. Оцінюючи цей критерій, обов'язково враховуйте відволікання, яке виникає внаслідок галюцинаторних або маячних переживань. Також увага пацієнта може відвертатися шумом у сусідній кімнаті, книжками на полицях, зовнішнім виглядом лікаря тощо.

2 бали	Дуже слабка вираженість	Загалом пацієнт може зосередитися на запропонованих питаннях, за винятком одного випадку відволікання (під час інтерв'ю). Відволікання короткотривале
3 бали	Слабка вираженість	Загалом пацієнт може зосередитися на запропонованих питаннях, за винятком двох-трьох випадків короткотривалого відволікання
4 бали	Помірна вираженість	Пацієнт не зосереджений і постійно відволікається на сторонні подразники до 1/4 часу інтерв'ю
5 балів	Доволі сильна вираженість	Пацієнт не зосереджений і постійно відволікається на сторонні подразники до 1/3 часу інтерв'ю
6 балів	Сильна вираженість	Проводити й дотримуватися теми інтерв'ю дуже складно, бо 50% часу пацієнт зайнятий стимулами, які не стосуються інтерв'ю, або його відповіді незрозумілі через те, що увага постійно перемикається між різними нерелевантними зовнішніми стимулами й питаннями спеціаліста
7 балів	Дуже сильна вираженість	Проводити інтерв'ю неможливо, оскільки пацієнт повністю зайнятий зовнішніми стимулами

РОЗДІЛ 3. КОРОТКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПСИХІАТРИЧНИХ СИМПТОМІВ (BPRS)

ПІБ пацієнта _____

Дата госпіталізації _____

Інтерв'юер (ПІБ) _____

Дата проведення інтерв'ю _____

Під час інтерв'ю оцінюйте 24 симптоми за 7-бальною шкалою. Оцінка варіює від «Відсутній» до «Дуже сильно виражений». Треба підкреслити той бал, який найкраще відображає поточний стан пацієнта. Якщо симптом не оцінюється, підкресліть НО (не оцінюється).

ОЦІНЮЙТЕ ПАРАМЕТРИ 1–10, 19–21 ЗІ СЛІВ ПАЦІЄНТА

	Не оцінювався	Відсутній	Дуже слабо виражений	Слабо виражений	Помірно	Доволі сильно	Сильно	Дуже сильно
1. Занепокоєність своїм фізичним станом	НО	1	2	3	4	5	6	7
2. Тривога	НО	1	2	3	4	5	6	7
3. Депресія	НО	1	2	3	4	5	6	7
4. Відчуття провини	НО	1	2	3	4	5	6	7
5. Злобний афект	НО	1	2	3	4	5	6	7
6. Підозрілість	НО	1	2	3	4	5	6	7
7. Розлад мислення (змістовий аспект)	НО	1	2	3	4	5	6	7
8. Підвищена самооцінка	НО	1	2	3	4	5	6	7
9. Галюцинації	НО	1	2	3	4	5	6	7
10. Порушення орієнтації	НО	1	2	3	4	5	6	7
19. Суїцидальність	НО	1	2	3	4	5	6	7
20. Неспроможність задовольняти свої основні життєві потреби	НО	1	2	3	4	5	6	7
21. Нестандартна, дивакувата поведінка	НО	1	2	3	4	5	6	7
22. Підвищений настрій	НО	1	2	3	4	5	6	7

ОЦІНЮЙТЕ ПАРАМЕТРИ 11–24 НА ОСНОВІ ПОВЕДІНКИ, ЯКУ ВИ СПОСТЕРІГАЄТЕ

	Не оцінювався	Відсутній	Дуже слабо виражений	Слабо виражений	Помірно	Доволі сильно	Сильно	Дуже сильно
11. Дезорганізація мислення (формальний аспект)	НО	1	2	3	4	5	6	7
12. Психоемоційне збудження	НО	1	2	3	4	5	6	7
13. Моторна загальмованість	НО	1	2	3	4	5	6	7
14. Афективне сплюснення	НО	1	2	3	4	5	6	7
15. Ажитация	НО	1	2	3	4	5	6	7
16. Манерність	НО	1	2	3	4	5	6	7
17. Негативізм	НО	1	2	3	4	5	6	7
18. Емоційна відстороненість	НО	1	2	3	4	5	6	7
23. Моторне збудження	НО	1	2	3	4	5	6	7
24. Відволікання	НО	1	2	3	4	5	6	7

РОЗДІЛ 4. КОРОТКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК СИМПТОМІВ

Перед вами перелік деяких проблем, з якими можуть стикатися люди. Уважно перечитайте кожний пункт і оберіть відповідь, яка найбільше відповідає вашому стану/ситуації/відчуттям. Оцінюючи, враховуйте, наскільки вас турбувала проблема впродовж МИНУЛОГО ТИЖНЯ, з урахуванням СЬОГОДНІШНЬОГО ДНЯ.

№ з/п	Наскільки вас турбувало ...	Зовсім ні	Дуже мало	Частково	Доволі сильно	Дуже сильно
1	... нервовість і тремтіння кінцівок					
2	... запаморочення в голові та складнощі з утриманням рівноваги					
3	... ідеї про те, що люди навколо можуть впливати на мої думки					
4	... відчуття, що здебільшого ваші неприємності підлаштовано іншими					
5	... труднощі з пам'яттю					
6	... надмірна дратівливість					
7	... біль у грудній клітці або серці					
8	... страх під час перебування на відкритому просторі або у великих приміщеннях					
9	... думки про самогубство					
10	... відчуття, що більшості людей довіряти не можна					
11	... поганий апетит					
12	... раптове відчуття тривоги без особливої причини					
13	... неконтрольовані спалахи гніву					
14	... відчуття самотності навіть у компанії інших людей					
15	... неможливість скінчити розпочату діяльність					
16	... відчуття самотності					
17	... відчуття пригніченості					
18	... відчуття зацікавленості тим, що раніше цікавило					
19	... відчуття страху					
20	... підвищена чутливість					
21	... відчуття, що оточення мене не любить і всі налаштовані недоброзичливо					
22	... відчуття особистої неповноцінності порівняно з іншими					
23	... нудота або інші неприємні відчуття в шлунку					
24	... відчуття, що за вами стежать і за вашою спиною обговорюють					

№ з/п	Наскільки вас турбувало ...	Зовсім ні	Дуже мало	Частково	Доволі сильно	Дуже сильно
25	... складнощі з засинанням					
26	... необхідність перевіряти й ще раз перевіряти те, що робите					
27	... складнощі з прийняттям рішень					
28	... страх, пов'язаний із поїздками на автобусі, поїзді, трамваї тощо					
29	... відчуття нестачі повітря					
30	... напади жару або ознобу					
31	... уникнення деяких предметів, місць або видів діяльності з тієї причини, що вони викликають у вас тривогу					
32	... все плутається в голові, ви втрачаєте суть розмови					
33	... втрата чутливості або відчуття поколювань у певних частинах тіла					
34	... думки про те, що ви ведете неправильний спосіб життя й повинні бути покарані					
35	... відчуття безнадійності щодо майбутнього					
36	... складнощі з концентрацією уваги					
37	... відчуття слабкості в тілі					
38	... відчуття напруги й збудження					
39	... думки про вмирання або смерть					
40	... сильне бажання вдарити когось або завдати болю					
41	... сильне бажання кидати / розбивати / знищувати предмети					
42	... ви не можете знайти місця в компанії інших людей					
43	... ви почуваетесь некомфортно в натовпі					
44	... ви не відчуваєте щільних зв'язків з іншими людьми					
45	... напади тривоги та/або паніки					
46	... ваша схильність до конфліктів					
47	... відчуття нервозності, коли ви на самоті					
48	... відчуття, що оточення не повною мірою визнає ваші заслуги					
49	... ви відчували таке занепокоєння, що не могли усидіти на місці					
50	... відчуття, що ви нікчемна й ні на що не здатна людина					
51	... відчуття, що інші не втрачають можливості поживитися за ваш рахунок, якщо не будете пильні					
52	... відчуття провини					
53	... думки про те, що у Вас щось негаразд із головою					

РОЗДІЛ 5. СТРУКТУРОВАНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК СИМУЛЯТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Скринінговий інструмент для виявлення симуляції. Заповнюється самою опитуваною особою. Адаптовано з Нідерландської версії опитувальника. Відповідь «Ні» на запитання 7, 9, 23, 46, 54, 55, 56, 58, 63, 72, 75 дає 1 бал.

Відповідь «Так» на всі інші запитання дає 1 бал.

Позитивний результат (підтвердження симуляції) – 15 балів (включно).

№ з/п	Питання	Так	Ні
1	Іноді мої руки втрачають чутливість, а іноді виникає відчуття, що на них одягнуті рукавички		
2	Коли в мене посилюється депресія, я починаю ходити в довгі піші прогулянки й роблю гімнастику, щоби позбутися напруження		
3	Я думаю, що наші телефонні номери – це не випадковий набір цифр, а інформація про те, що Бог запланував для нас		
4	Якщо тінь падає на південний схід, отже, сонце світить із північного заходу		
5	Смак їжі не такий, як був раніше		
6	Я ніколи не всміхаюся		
7	Спільне між золотом і сріблом те, що обидва – метали		
8	Я помітив, що стою спокійно, а моя тінь робить якісь рухи		
9	Я не можу пригадати що робив годину назад		
10	Я помітив, що форма мого тіла змінилася		
11	Столиця Італії – Угорщина		
12	Я погано пам'ятаю свою домашню адресу		
13	Я нічого не можу зробити зі своїми голосами. Можу тільки приймати ліки		
14	Париж – столиця Італії		
15	Моя найбільша проблема – погана пам'ять		
16	Попри те, що зазвичай мій настрій поганий, після нічного відпочинку я почувуюся найкраще		
17	Найгірший настрій у мене ночами		
18	Не рідше ніж тричі на добу я намагаюся позбирати свої речі, але не можу пригадати, що саме хотів позбирати		
19	Іноді в мене такий поганий настрій, що хочеться лягти в ліжко й добре виспатися		
20	Моя найбільша проблема в тому, що мій мозок пошкоджений		
21	Тиждень має 6 днів		
22	Не так давно я помітив, що моя пам'ять так погіршилася, що в мене випадають цілі дні		
23	Я рідко плачу		
24	Чим гірший у мене настрій, тим більше я їм		

№ з/п	Питання	Так	Ні
25	У мене в житті були моменти, коли я не міг пригадати обличчя моїх близьких або вони видавалися мені зовсім незнайомими		
26	Мені складно рухатися, бо маю проблеми з рівновагою		
27	Мені складно пригадати, який сьогодні день тижня		
28	Мені здається, керівництво встановило відеокамери, щоб стежити за мною		
29	Іноді, коли я записую номер телефону, я бачу, що на папері з'являються цифри зовсім в іншій послідовності, і так відбувається без мого бажання		
30	Мені складно утримати в голові інформацію щодо поточної дати		
31	Інші люди поза моєї волі можуть вкладати в мою голову свої думки		
32	Я погано сплю ночами		
33	Моє минуле та події з нього раптово зникають із моєї пам'яті		
34	Я гадаю, що думки інших людей можливо прочитати, якщо серйозно того хотіти		
35	Іноді мої м'язи паралізує, і мої руки й ноги стають непідйомними		
36	Мені складно пригадати свій номер телефону		
37	Упродовж дня мій настрій погіршується		
38	Голоси, які чую я та не чують інші люди, тривають із того дня, коли вони з'явилися в мене		
39	Я відчуваю, як бігають мурахи в мене під шкірою		
40	Я не можу пригадати, чи мав близькі стосунки з кимось		
41	Я не можу порахувати без помилок у зворотному порядку від 20 до 1		
42	Квіти мають магичні властивості, наприклад, можуть розмовляти з людьми		
43	Я не маю проблем із засинанням, але вночі прокидаюся		
44	У мене весь час дзвенить у вухах		
45	Мені повідомили, що я з кимось посварився, але я зовсім цього не пам'ятаю		
46	Свічки роблять зі свічного нагару		
47	У мене завжди поганий настрій		
48	Голоси, які чую я та не чують інші, приходять ззовні		
49	Коли я їду на авто або велосипеді, буває так, що не можу пригадати, де мій дім		
50	Мені буває складно зрозуміти усну та/або письмову мову		
51	Я боюсь, що хтось може щось зробити зі мною, але навіть знаю, що саме й коли		
52	Мені здається, що тепер уже не маю такої енергії, як раніше		
53	Я багато чого не пам'ятаю, і навіть підказки інших не допомагають		
54	Мої здібності відчувати запахи не змінилися		
55	Навіть якщо я не в настрої, якісь приємні речі, наприклад, зустріч із друзями або заняття улюбленою справою, можуть покращити мій стан		
56	Спільне між суддею та адвокатом те, що вони мають справу із законом		
57	Упродовж дня раптово я чув голоси, яких ніхто крім мене не чув		
58	Між дверима й гаванням спільним є те, що вони забезпечують прохід		
59	Хоча я можу рухати руками й ногами, деякі з їхніх частин не відчуваю		

№ з/п	Питання	Так	Ні
60	Мені здається, що я не знаю, як виразити свої відчуття		
61	Мені складно пригадати дату свого народження		
62	У моїх фантазіях я часто бачу закривавлені частки людського тіла		
63	Шевченко – український поет		
64	Іноді мені здається, що мої ноги нижче коліна паралізовані, тож я не можу змусити їх рухатися		
65	Коли я чую голоси незрозуміло звідки, мені хочеться бігти від них, але помітив, що в такі моменти я не можу зрушити з місця		
66	Я повільно працюю, а тому мало що встигаю		
67	Уявіть, що ви мали 1,50 грн. Після того як витратили 50 коп. у вас залишається 75 коп.		
68	У послідовності чисел 1-12-123, наступним числом буде 456		
69	Коли я чую голоси, я маю таке відчуття, що в мене випадають зуби		
70	Моя основна проблема в тому, що складно зрозуміти які події відбуваються навколо мене		
71	Орієнтовно раз на тиждень раптово мені стає холодно, навіть якщо на вулиці тепло		
72	Навіть якщо справи ідуть погано, я сподіваюся на краще		
73	Ви маєте 56 яблук. Вам дають іще 37. Отже, тепер ви маєте 83 яблука		
74	Я помітив, що коли хочу щось пригадати, у мене болить голова та виникає запаморочення		
75	У послідовності чисел 11-22-33 наступним числом буде 44		

ПІБ ув'язненого _____

№ ув'язненого _____

Дата: _____

Час: _____

РОЗДІЛ 6. ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ СКРИНІНГУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В КОРЕКЦІЙНИХ ЗАКЛАДАХ

CMHS (Correctional Mental Health Screen)

Питання	Ні	Так	Зауваження
1. Чи відчували ви якимось неспокій, від якого неможливо було позбутися?			
2. У деяких людей бувають часті зміни настрою, тобто навіть упродовж одного дня емоції можуть швидко змінюватися. Чи з вами таке буває?			
3. Вас дратує, коли ваші друзі або рідні починають розказувати про свої проблеми? Або люди з оточення скаржаться, що ви не можете співчувати, і вважають, що ви відсторонені від оточення?			
4. Чи було колись так, що Ви самі відчували свою відстороненість від інших людей та/або від свого близького оточення?			
5. Чи траплялися у вашому житті моменти, коли ви були зовсім «на взводі», що аж починали кричати на інших та ініціювати скандали й/або бійки?			
6. Чи часто у вашому житті бувають такі моменти у взаєминах із колегами, близьким оточенням, коли ви з ентузіазмом починаєте щось робити, але вже скоро втрачаєте всяку зацікавленість і зовсім не продовжуєте розпочатого?			
7. Ви злопам'ятна людина й можете довго не розмовляти через образ на когось.			
8. Чи було так у вашому житті, що намагались уникати якихось ситуацій, предметів, або навіть думок, пов'язаних із неприємними подіями в минулому, які ви перенесли самі або були їх свідком?			
9. Чи були у вашому житті моменти, коли більшу частину дня та впродовж не менше ніж двох тижнів ви почувалися пригніченим?			
10. Чи було колись у вашому житті таке, що вас турбували нічні кошмари, нав'язливі думки або неприємні відчуття, пов'язані з якимись неприємними подіями, у яких ви самі брали участь у минулому або були їх свідком?			
11. Чи лікувалися ви раніше в психіатричній лікарні?			
12. Чи бували у вашому житті моменти, коли ви були якийсь період дуже напруженим і неспокійним, навіть тоді, коли в цьому не було нагальної необхідності, або надмірно реагували навіть на незначні, але раптові звуки чи інші подразники?			
Загалом відповідей «Так»: ____	Загальні зауваження:		
Направити на подальше психіатричне обстеження в разі, якщо ув'язнений дав відповідь «Так» на 6 або більше запитань, або в інших випадках, коли ви маєте інші причини до занепокоєння. Невідкладне обстеження – дата: _____ до закладу: _____ Загальне обстеження – дата: _____ до закладу: _____ Не потребує проведення додаткового обстеження.			
Скринінг проведено: _____ ПІБ і підпис працівника			

Інструкція до заповнення CMHS-M (Correctional Mental Health Screen)

Інформація загального характеру

Інструмент для скринінгу психічного здоров'я в пенітенціарних закладах CMHS-M (скринінг психічного здоров'я в пенітенціарних установах для чоловіків) покликаний допомогти в ранньому виявленні психіатричних захворювань під час надходження засуджених до пенітенціарної установи. Цей інструмент скринінгу для чоловіків був підготовлений групою дослідників під керівництвом Julian D. Ford та Robert L. Trestman у Медичному центрі Університету штату Коннектикут у рамках гранту, який було надано Національним інститутом правосуддя.

Інструкція із застосування CMHS-M

Скринінг можуть проводити працівники пенітенціарної установи під час надходження ув'язненого/засудженого до пенітенціарної установи.

Прізвище, ім'я та по-батькові: прізвище, ім'я та по-батькові або інші ініціали ув'язненого/засудженого.

№: Ідентифікаційний номер засудженого, за яким він обліковується в установі

Дата: зазначається дата виконання скринінгу.

Час: зазначається час виконання скринінгу.

Питання 1–12, з урахуванням правил, які діють в установі, а також навичок читання, володіння мовою та мотивації ув'язненого/засудженого, можуть бути або зачитані працівником, або запропоновані для відповіді самим ув'язненим/засудженим.

У будь-якому випадку треба вибрати один із запропонованих нижче варіантів проведення скринінгу, але обравши, дотримуватися цієї методики впродовж проведення всього скринінгу.

- Працівник зачитує запитання засудженому вголос і записує відповіді засудженого в скринінгову форму;
- Працівник зачитує питання засудженому вголос, а ув'язнений/засуджений у цей час читає їх самостійно й

самостійно заносить відповіді в скринінгову форму.

Кожне запитання треба уважно прочитати й поставити позначку у відповідний клітинці («Так» або «Ні»).

У розділ **«Зауваження»** (навпроти відповідного питання) працівник, котрий проводить скринінгове опитування, може внести будь-яку значущу або таку, що стосується справи, інформацію, коли ув'язнений/засуджений відповів «Так».

Якщо ув'язнений/засуджений відмовляється відповідати на запитання або не може визначитися з відповіддю, не робить позначок ані в клітинці «Так», ані в клітинці «Ні», в такому випадку треба в розділі **«Зауваження»** зазначити: **ВІДМОВИВСЯ ВІД ВІДПОВІДІ** або **НЕ ВИЗНАЧИВСЯ З ВІДПОВІДДЮ**.

Усього відповідей «Так»: загальна кількість.

Зауваження загального характеру: до цього розділу може бути внесена інформація, яка відображає загальну стурбованість, пов'язану з реакціями ув'язненого/засудженого на опитування й під час опитування. Наприклад, ув'язнений/засуджений був у стані алкогольного сп'яніння, мав ознаки психічних порушень, відмовлявся співпрацювати під час проведення скринінгу тощо).

Інструкція щодо подальших дій працівників з урахуванням різних результатів скринінгу:

- 1) Термінове обстеження:** працівник пенітенціарної установи мусить направити ув'язненого/засудженого на термінове психіатричне обстеження, виявивши поведінкові порушення або інші прояви, які демонструють неспроможність особи впоратися з поточними обставинами та/або наявністю ризику суїциду.
- 2) Планове обстеження:**
 - 2а.** Ув'язнений/засуджений, який дав відповідь «Так» на 6 або більше запитань, повинен бути направлений на планове психіатричне обстеження.
 - 2б.** Ув'язнений/засуджений також може бути направлений для

планового обстеження стану його психічного здоров'я, якщо у працівника пенітенціарної установи виникла стурбованість щодо психічного стану ув'язненого/засудженого або його адаптивних спроможностей.

Якщо в будь-який момент проведення скринінгу за допомогою інструменту CMHS-M ув'язнений/засуджений відчуває емоційний дистрес, який виходить за рамки легкого або тимчасового (наприклад, сильна тривога, смуток, гнів, порушення орієнтації тощо), він мусить бути направлений на термінове психіатричне обстеження.

Важливі акценти під час направлення пацієнта на подальше обстеження.

Перевірте наявність помітки про направлення на обстеження. Якщо ув'язнений/засуджений потребує термінового обстеження, то відповідна помітка ставиться в полі «Термінове обстеження». У випадку необхідності проведення планового дослідження помітка ставиться в полі «Планове обстеження». Також вказується дата направлення, дані працівника, який направляє, і назва клініки / інформація про лікаря, до якого переадресовано особу.

Скринінг провів: вноситься ПІБ працівника, який проводив скринінг.

Робота в напрямку профілактики та попередження самогубств в установах виконання та слідчих ізоляторах ДКВС України здійснюється згідно затвердженому Плану заходів з профілактики та попередження скоєння самогубств серед засуджених/ув'язнених в УВП/СІЗО ДКВС України (наведеному нижче) та наказу Міністерства юстиції України від 27.03.2023 № 1126/5 «Про затвердження Порядку організації роботи з профілактики та попередження самогубств серед засуджених, осіб, взятих під варту, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах».

Типовий план

заходів з профілактики та попередження скоєння самогубств серед засуджених/ ув'язнених в УВП/СІЗО ДКВС України

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
У напрямку роботи начальника УВП/СІЗО			
1.	Забезпечувати ефективну взаємодію структурних підрозділів УВП/СІЗО у питаннях профілактики та попередження самогубств серед засуджених/ув'язнених відповідно до Порядку організації роботи з профілактики та попередження самогубств серед засуджених, осіб, взятих під варту, які тримаються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, затвердженого наказом Міністерства юстиції від 27.03.2023 № 1126/5) (далі - Порядок).	начальник установи	постійно
2.	Розглядати питання щодо стану організації роботи з профілактики та попередження самогубств в установі на оперативних нарадах.	начальник установи	щокварталу
3.	Інформувати протягом 24 годин Міністра юстиції України або особу, яка виконує його обов'язки, про вчинення самогубства (або спроби) засудженим/ув'язненим.	начальник установи	у разі допущення надзвичайної події
4.	У разі отримання рапорту персоналу про необхідність оцінки суїцидального ризику конкретної особи негайно давати доручення персоналу установи про її проведення згідно пункту 2 розділу IV Порядку.	начальник установи	у разі отримання рапорту
5.	В разі допущення самогубства (спроби самогубства) організувати проведення службового розслідування за участю оперативних працівників, відділу нагляду і безпеки (відділу режиму і охорони), соціально-психологічної служби установи.	начальник установи	після підписання наказу Міністерства юстиції про проведення службового розслідування

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
6.	Організовувати роботу профілактичної комісії УВП/СІЗО, очолювати її засідання. Проводити засідання профілактичної комісії для вирішення питання про постановку засудженого/ув'язненого на профілактичний облік як особи, схильної до самогубства.	начальник установи або особа, яка виконує його обов'язки	не пізніше трьох діб з дня подання рапорту
7.	Взяти на особистий контроль стан перевірки оперативної інформації відносно осіб, в поведінці яких з'явилися небезпечні сигнали, які вказують на ймовірність вчинення самогубства.	Начальник	постійно
8.	Спрямовувати роботу оперативних підрозділів на виявлення фактичних даних про наміри вчинити самогубство особами, які мають невирішені конфлікти на ґрунті боргових зобов'язань з іншими засудженими (особами, взятими під варту). У разі необхідності, вживати вичерпних заходів щодо забезпечення їх безпеки, в тому числі ініціювати їх переведення до іншої установи в порядку статті 10 КВК України.	начальник установи, його заступники, уповноважені на здійснення оперативно-розшукової діяльності	постійно, у разі наявності інформації
9.	Забезпечувати належні оперативні позиції серед персоналу та оточення на усіх об'єктах оперативного обслуговування для отримання достовірної інформації про суїцидальні прояви (наміри) окремих засуджених та осіб, взятих під варту, а також їх навчання щодо недопущення вчинення завершеного самогубства.	начальник установи, його заступники, уповноважені на здійснення оперативно-розшукової діяльності	постійно
10.	Забезпечувати обов'язкову участь оперативних працівників у складі комісії з проведення службового розслідування та забезпечення якісного оформлення матеріалів висновку за фактом вчиненого самогубства (спроби самогубства).	начальник установи, його заступники, уповноважені на здійснення оперативно-розшукової діяльності	постійно
11.	Надавати оцінку ефективності діяльності персоналу з урахуванням попереджених випадків самогубства. Вживати заходи дисциплінарного впливу до працівників оперативних відділів (груп), які не володіли оперативною інформацією про наміри окремих осіб вчинити самогубство та недостатньо обізнані про стан оперативної обстановки на об'єкті оперативного обслуговування про негативні процеси, що відбуваються в середовищі засуджених (осіб, взятих під варту).	начальник установи, його заступники, уповноважені на здійснення оперативно-розшукової діяльності	за кожним фактом надзвичайної події
12.	Забезпечувати обов'язкове заохочення персоналу за кожним фактом попередження самогубства засудженим (особою, взятою під варту).	начальник установи або особа, яка виконує його обов'язки	за кожним фактом

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
13.	Після закінчення проведення службового розслідування копію висновку службового розслідування, наказ про притягнення винних посадових осіб до дисциплінарної відповідальності (за наявності) щодо конкретного випадку самогубства (спроби самогубства) в УВП/СІЗО надсилати до міжрегіонального управління з питань виконання кримінальних покарань Міністерства юстиції, управлінь з питань забезпечення діяльності у центральному/південному регіонах Департаменту з питань виконання кримінальних покарань.	начальник установи або особа, яка виконує його обов'язки	постійно
14.	Копію висновку службового розслідування за фактом самогубства (спроби самогубства) засудженим/ув'язненим надсилати Уповноваженому Верховної Ради України з прав людини.	начальник установи або особа, яка виконує його обов'язки	постійно, за кожним випадком
У напрямку роботи відділу соціально-виховної та психологічної роботи УВП та СІЗО			
1.	Організовувати роботу з профілактики та попередження самогубств серед засуджених/ув'язнених.	заступник начальника установи із СВПР	постійно
2.	Здійснювати контроль за діяльністю відділу СВПР УВП/СІЗО та координацію його роботи щодо профілактики та попередження самогубств серед засуджених/ув'язнених згідно підпункту 2 пункту 3 розділу II Порядку.	заступник начальника установи із СВПР	постійно
3.	Організовувати збір матеріалів (в межах компетенції) для постановки засуджених/ув'язнених на профілактичний облік як осіб, схильних до самогубства, та їх передачу до оперативного відділу (групи) для підготовки необхідних документів (протоколу профілактичної комісії, наказу по УВП/СІЗО про постановку засудженого/ув'язненого на профілактичний облік, про закріплення персоналу УВП/СІЗО за особами, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства).	заступник начальника установи із СВПР	у разі необхідності постановки на профілактичний облік
4.	Планувати та організовувати проведення заходів соціального, психологічного, педагогічного та релігійного характеру з метою забезпечення належного соціально-психологічного клімату в УВП/СІЗО.	заступник начальника установи із СВПР	постійно
5.	Залучати до роботи з профілактики та попередження самогубств серед засуджених/ув'язнених представників громадських, релігійних та благодійних організацій.	заступник начальника установи із СВПР	постійно

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
6.	Готувати щоквартальний аналіз (звіт) роботи установи щодо реалізації комплексу заходів з профілактики та попередження самогубств серед засуджених/ув'язнених в УВП/СІЗО згідно наданої інформації відділу СВПР, оперативного відділу (групи), відділу нагляду і безпеки (режиму і охорони) та надавати його начальнику УВП/СІЗО.	заступник начальника установи із СВПР	щокварталу
7.	Здійснювати обов'язкову діагностику суїцидального ризику новоприбулих засуджених/ув'язнених під час перебування в карантинних камерах/дільниці карантину, діагностики і розподілу згідно підпункту 1 пункту 4 розділу II Порядку з використанням не менше двох методик.	психолог, заступник начальника установи із СВПР	протягом 14 діб з моменту прибуття до установи
8.	Проводити обов'язкову поточну діагностику суїцидального ризику під час перебування засуджених/ув'язнених в УВП/СІЗО відповідно до підпункту 2 пункту 4 розділу II Порядку з використанням не менше двох методик.	психолог, заступник начальника установи із СВПР	постійно
9.	Фіксувати у службовій документації, визначеній пунктом 4 підпункту 3 розділу II Порядку, результати проведеної психодіагностичної роботи із засудженими/ув'язненими. Забезпечувати збереження результатів діагностики суїцидального ризику засудженого/ув'язненого та інших підтверджуючих матеріалів психодіагностики, згідно з якими можна спрогнозувати ймовірність скоєння самогубства.	психолог	постійно
10.	Вживати заходів щодо нейтралізації негативного впливу факторів, пов'язаних з необхідністю перебування в умовах позбавлення волі та попереднього ув'язнення, з метою покращення адаптації засуджених/ув'язнених до вищезазначених умов. Особливу увагу приділяти особам, які належать до суїцидонебезпечної категорії (у тому числі новоприбулим та особам, які перебувають в УВП/СІЗО до року).	психолог, начальник відділення СПС	постійно
11.	При виявленні засудженого/ув'язненого з ознаками суїцидального ризику негайно повідомляти заступника начальника УВП/СІЗО із соціально-виховної та психологічної роботи (начальника відділу СВПР), а в разі наявності медичних показань – керівника відповідного закладу охорони здоров'я ДКВС України та лікаря-психіатра, а також вносити відповідні відомості до Журналу оперативної інформації з метою інформування чергових змін.	психолог	у разі виявлення
12.	Особисто передавати засудженим/ув'язненим листи або інші повідомлення, які містять інформацію психотравмуючого змісту, при цьому вживати заходів щодо мінімізації ризиків виникнення можливих негативних психічних станів. Здійснювати спостереження за поведінкою таких осіб та моніторинг їх психічного стану.	психолог	у разі потреби

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
13.	Вживати комплекс профілактичних та корекційних заходів, надавати психологічну підтримку засудженим/ув'язненим, які знаходяться в негативних психічних станах або стосовно яких складено рапорт щодо проявів суїцидального ризику.	психолог	постійно
14.	У разі категоричної відмови засудженого/ув'язненого від проходження психодіагностики, спілкування з психологом та надання психологічної допомоги, складати рапорт (довідну записку) на ім'я заступника начальника УВП/СІЗО із соціально-виховної та психологічної роботи (начальника відділу соціально-виховної та психологічної роботи) згідно підпункту 7 пункту 4 розділу II Порядку.	психолог, заступник начальника УВП/СІЗО із СВПР (начальник відділу СВПР)	у разі наявності вказаних випадків
15.	Вести психологічні картки роботи із засудженим/ув'язненим, який перебуває на профілактичному обліку як схильний до самогубства згідно підпункту 8 пункту 4 розділу II Порядку.	психолог	у разі проведення роботи
16.	Проводити профілактичну роботу із засудженими/ув'язненими, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства.	психолог	щомісячно
17.	Проводити заходи профілактики у разі виявлення конфліктних ситуацій між засудженими/ув'язненими.	психолог	у разі потреби
18.	Брати участь у службовому розслідуванні за фактом самогубства засудженого/ув'язненого шляхом: надання інформації про дотримання психологом строків і порядку проведення індивідуальної роботи із суїцидентом, її змісту за весь період перебування в установі; надання повної психологічної характеристики (згідно підпункту 14 пункту 4 розділу II Порядку).	психолог	у разі випадку самогубства
19.	Проводити з засудженими/ув'язненими, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, психопрофілактичні заходи, спрямовані на нейтралізацію негативного психологічного впливу (уникнення «заразливого» ефекту) на поведінку даних осіб.	психолог	у разі потреби
20.	Розробляти рекомендації щодо проведення індивідуальних та групових заходів профілактики, спрямованих на попередження можливих негативних явищ у середовищі засуджених/ув'язнених.	психолог	у разі потреби
21.	Забезпечувати пам'ятками персонал відділу СВПР УВП/СІЗО (згідно додатку 3 Порядку) та контролювати їх наявність.	психолог	у разі потреби

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
22.	Вносити інформацію до журналу оперативної інформації для чергового помічника начальника СІЗО та начальника відділу режиму і охорони; журналу оперативної інформації для чергового помічника начальника установи та начальника відділу нагляду і безпеки, у разі змін (погіршення) психоемоційного стану засудженого/ув'язненого.	психолог	у разі необхідності протягом всього строку перебування в установі
23.	Складати на кожного засудженого, який перебуває на профілактичному обліку як схильний до вчинення самогубства, план психологічної підтримки з урахуванням психодіагностичних, психопрофілактичних заходів, проведення індивідуальних бесід, участі у корекційних програмах тощо.	психолог	постійно, кожні 6 місяців
24.	Проводити індивідуальну та групову профілактичну та корекційну роботу із особами, взятими під варту, та засудженими, схильними до проявів агресії та аутоагресії, у тому числі із залученням представників громадських та релігійних організацій.	психолог	постійно, при потребі (у разі виявлення ознак погіршення психічного стану особи)
25.	Проводити моніторинг соціально-психологічного мікроклімату серед засуджених/ув'язнених з метою виявлення негативних тенденцій в їх мікросередовищі, психічного стану осіб, схильних до самогубства. У разі його погіршення вживати заходи, спрямовані на профілактику та корекцію негативних психічних станів, які можуть стати причинами вчинення самогубства. Результати вивчення доводити до відома заступника начальника УВП/СІЗО із СВПР (начальника відділу СВПР).	психолог, нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР СІЗО	1 раз на півроку
26.	Проводити з особами, схильними до приниження людської гідності, одностатевих зв'язків, жорсткого поводження, правороз'яснювальну роботу щодо кримінальної відповідальності за діяння, передбачені статтею 120 Кримінального кодексу України (доведення до самогубства).	нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР СІЗО	постійно
27.	Вести список засуджених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства. Здійснювати спостереження за поведінкою ув'язнених та засуджених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, а також за іншими особами, з метою своєчасного реагування в разі виявлення негативних тенденцій у поведінці та психічному стані.	нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР СІЗО психолог	постійно

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
28.	Розробляти план розташування спальних місць засуджених/ув'язнених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, та забезпечувати надання засудженим/ув'язненим, які перебувають на профілактичному обліку, спальних місць, що добре проглядаються та контролюються.	нач. відділення СПС, ст.вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО	постійно
29.	Подавати заступнику начальника УВП/СІЗО із СВПР (начальнику відділу СВПР) звіт про проведену роботу щодо профілактики та попередження самогубств.	нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО	щокварталу
30.	Вживати заходів щодо зміцнення та відновлення соціальних зв'язків засуджених/ув'язнених з членами їх сімей. Визначати необхідні заходи щодо залучення до роботи із засудженими/ув'язненими, які перебувають на профілактичному обліку, їх рідних та близьких.	нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО	постійно
31.	Вживати заходи щодо забезпечення корисної зайнятості засуджених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, шляхом залучення їх до участі у заходах культурно-масового та фізкультурно-оздоровчого характеру, до проходження курсів з розвитку соціальних навичок; стимулювати та заохочувати прояви ними суспільно корисної ініціативи.	нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО	постійно
32.	Під час проведення масових заходів згідно з розпорядком дня інформувати молодших інспекторів відділу нагляду і безпеки УВП про засуджених, які залишились у приміщеннях гуртожитку (днювальні, хворі тощо).	нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО	постійно
33.	Проводити індивідуальну роботу із ув'язненими/засудженими щодо важливості своєчасного повідомлення начальника відділення СПС, у разі його відсутності - ЧПНУ (ЧПНСІ) або молодших інспекторів ВНІБ (ВРіО) у випадках: виявлення негативних змін в поведінці та психоемоційному стані ув'язнених/засуджених, безпідставної тривалої відсутності засуджених, а також важливості швидких та адекватних дій у разі виявлення особи, яка намагається вчинити суїцид, необхідності надання сприяння у негайному припиненні аутоагресивних дій.	нач. відділення СПС, ст. вихователь/вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО	постійно

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
У напрямку роботи оперативних відділів (груп) УВП та СІЗО			
1.	Першочергово та терміново інформувати першого заступника начальника УВП/СІЗО, заступника начальника УВП/СІЗО із СВПР, ЧПНУ (ЧПНСІ) у випадках виявлення конфліктної ситуації серед засуджених/ув'язнених, особливо за участю особи, яка перебуває на профілактичному обліку як схильна до самогубства.	працівник оперативного відділу (групи)	постійно
2	Проводити роботу з виявлення та постановки на профілактичний облік засуджених/ув'язнених, які вчинили правопорушення або мають намір їх вчинити, згідно підпункту 2 пункту 6 розділу II Порядку. Оформлювати матеріали для постановки засуджених/ув'язнених на профілактичний облік як осіб, схильних до самогубства (протокол профілактичної комісії, наказ по УВП/СІЗО про постановку засудженого/ув'язненого на профілактичний облік, про закріплення персоналу УВП/СІЗО за особами, які перебувають на профілактичному обліку, як схильні до самогубства).	працівник оперативного відділу (групи)	постійно
3	Надавати інформацію заступнику начальника установи із СВПР щодо проведеної роботи з профілактики самогубств для підготовки щоквартального аналізу (звіту) роботи установи щодо реалізації комплексу заходів з профілактики та попередження самогубств серед засуджених/ув'язнених в УВП/СІЗО.	працівник оперативного відділу (групи)	щокварталу
4.	Отримувати інформацію про зміни в поведінці засуджених/ув'язнених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, вносити відповідні відомості до журналу оперативної інформації для ознайомлення представників різних служб УВП/СІЗО.	працівник оперативного відділу (групи)	постійно
5.	Складати списки засуджених/ув'язнених, які перебувають на профілактичному обліку та передавати їх начальнику ВНІБ, заступнику начальника установи із СВПР (начальнику відділу соціально-виховної та психологічної роботи), начальникам цехів та майстрам (на засуджених, які виводяться на роботу); у контрольній картотеці робити відповідні записи.	працівник оперативного відділу (групи)	постійно
6.	Організовувати оперативне відслідковування намірів засуджених/ув'язнених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, та забезпечувати обмін інформацією із персоналом відділення соціально-психологічної служби про зміни у їх поведінці. При виявленні засудженого/ув'язненого з ознаками суїцидального ризику вносити відповідні відомості до журналу оперативної інформації.	працівник оперативного відділу (групи)	постійно

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
7.	Брати участь у проведенні інструктажу чергової зміни з метою забезпечення посиленого нагляду та контролю за поведінкою засуджених/ув'язнених, яких взято на профілактичний облік.	працівник оперативного відділу (групи)	постійно
8.	Рекомендувати проводити розміщення засуджених/ув'язнених в УВП/СІЗО, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, на спальних місцях, що добре проглядаються та контролюються.	працівник оперативного відділу (групи)	постійно
9.	Спрямовувати роботу оперативних підрозділів на виявлення і документування протиправної поведінки засуджених (осіб, взятих під варту), які організовують та являються активними учасниками азартних ігор, забезпечити своєчасний обмін оперативною інформацією з іншими відділами, частинами, службами установи.	керівники уповноважених оперативних підрозділів органів, УВП/СІЗО	постійно
10.	При виявленні листів психотравмуючого змісту (смерть близьких, розірвання соціально корисних зв'язків, значні матеріально-фінансові втрати тощо) забезпечувати їх отримання засудженим (особою, взятою під варту) через психолога установи.	керівники уповноважених оперативних підрозділів органів, УВП/СІЗО	у разі потреби
У напрямку роботи відділу нагляду і безпеки (режиму і охорони) в УВП та СІЗО			
1.	Під час інструктажу чергової зміни звертати увагу на забезпечення посиленого нагляду та контролю за поведінкою осіб, схильних до самогубства.	начальник ВНіБ (ВРіО)	щоденно
2.	Контролювати належне виконання персоналом чергових змін обов'язків з нагляду за особами, взятими під варту, та засудженими, забезпечення їх ізоляції, попередження вчинення порушень режиму тримання.	начальник ВНіБ (ВРіО)	постійно
3.	Забезпечувати оформлення і оновлення списків, стендів та альбомів оперативної інформації про осіб, які перебувають на профілактичному обліку, та їх розміщення у черговій частині УВП.	начальник ВНіБ, інспектор ВНіБ	постійно
4.	Забезпечувати пам'ятками персонал відділу ВНіБ (ВРіО) УВП/СІЗО (згідно додатку 3 Порядку) та контролювати їх наявність.	начальник ВНіБ (ВРіО), інспектор ВНіБ	постійно
5.	Забезпечувати інформування персоналу відділу нагляду і безпеки, відділу режиму і охорони про допущені випадки самогубств з одночасним розглядом їх причин та умов.	начальник ВНіБ (ВРіО)	постійно
6.	Надавати інформацію заступнику начальника установи із СВПР щодо проведеної роботи з профілактики самогубств для підготовки щоквартального аналізу (звіту) роботи установи щодо реалізації комплексу заходів з профілактики та попередження самогубств серед засуджених/ув'язнених в УВП/СІЗО.	начальник ВНіБ (ВРіО)	щокварталу

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
7.	Забезпечувати на інструктажі чергової зміни, яка заступає на чергування, контроль над отриманням молодшими інспекторами внутрішніх постів контрольних карток на осіб, які перебувають на профілактичному обліку, що знаходяться у кімнаті ЧПНСІ.	начальник ВРіО	постійно
8.	Забезпечувати оформлення та щоденне оновлення планшетів оперативної інформації щодо осіб, узятих на профілактичний облік.	начальник ВРіО	щоденно
9.	Забезпечувати оформлення і оновлення списків осіб, які перебувають на профілактичному обліку, та їх розміщення у черговій частині СІЗО.	начальник ВРіО	постійно
10.	Стежити за наявністю у приміщенні чергової частини установчих даних на засуджених/ув'язнених, які перебувають на профілактичному обліку, як схильні до самогубства. На кожному інструктажі доводити до відома молодших інспекторів відділу нагляду і безпеки (відділу режиму і охорони), виробничому персоналу інформацію про засуджених/ув'язнених.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	постійно
11.	Під час обходу комунально-побутових приміщень, житлової та виробничої зон, навчально-виробничих майстерень приділяти увагу огляду місць можливого вчинення засудженими/ув'язненими суїциду, вживати заходів щодо недопущення безконтрольного проникнення до них засуджених/ув'язнених, а у разі потреби – ізоляції цих місць.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	постійно
12.	Не допускати роботу засуджених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, в нічний час.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	постійно
13.	Організовувати посилений нагляд за новоприбулими або такими, які прямують транзитом, засудженими/ув'язненими у разі наявності в довідці-витягу з особової справи інформації про схильність особи до самогубства або самоушкодження.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	постійно
14.	Забезпечувати наявність у молодших інспекторів відділу режиму і охорони контрольних карток на осіб, які перебувають на профілактичному обліку, що знаходяться у його кімнаті. До маршрутної картки молодших інспекторів чергової зміни з нагляду за засудженими окремо записувати прізвища засуджених, які потребують постійного контролю.	ЧПНСІ ЧПНУ	постійно постійно
15.	У разі отримання інформації про суїцидальну спробу засудженого/ув'язненого негайно скеровувати таку особу до психолога або медичних працівників закладу охорони здоров'я ДКВС України.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	у разі необхідності

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
16.	При надходженні повідомлення про вчинення засудженим/ув'язненим самогубства забезпечувати виклик медичного працівника закладу охорони здоров'я ДКВС України, оперуповноваженого, який негайно прибуває на місце події та забезпечує його охорону.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	за наявності факту
17.	При поміщенні засудженого/ув'язненого, який перебуває на профілактичному обліку, як схильний до самогубства, у ДІЗО (карцер) або при переведенні в ПКТ (ОК), проводити інструктаж молодших інспекторів відділу нагляду і безпеки (молодших інспекторів відділу режиму і охорони), які несуть в них службу.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	постійно
18.	Про факт самогубства (спроби самогубства) інформувати органи досудового розслідування, а також невідкладно письмово (з використанням технічних засобів електронних комунікацій) повідомляти прокурора за місцезнаходженням УВП/СІЗО та Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.	ЧПНУ (ЧПНСІ)	за наявності факту
19.	Звертати особливу увагу на місця та приміщення, де раніше було скоєно самогубство (чи спроба самогубства).	персонал ВНІБ, ВРіО	постійно
20.	Забороняти залишення засуджених (ув'язнених) у камерах та прогулянкових двориках наодинці під час виведення їх на прогулянку або під час проведення інших режимних заходів. У разі неможливості забезпечення, організувати належний нагляд і контроль за ними.	персонал ВНІБ, ВРіО	постійно
21.	Забезпечувати посилений контроль та особливу увагу за поведінкою засуджених, які працюють наодинці (прибиральники, електрики, зварювальники тощо), або ув'язнених, які залучаються до господарських робіт у встановленому порядку.	персонал ВНІБ, ВРіО	постійно
Заходи мультидисциплінарного забезпечення			
1.	Забезпечувати ефективну та злагоджену взаємодію персоналу оперативного відділу (групи), відділу нагляду і безпеки (відділу режиму і охорони), соціально-психологічної служби в питаннях профілактики та попередження самогубств.	Начальник установи, оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	постійно
2.	Вносити інформацію до журналу оперативної інформації про необхідність здійснення нагляду за особою з ознаками суїцидального ризику та подавати начальнику УВП/СІЗО мотивований рапорт про необхідність оцінки суїцидального ризику.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	у разі виявлення ознак суїцидального ризику

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
3.	Проводити роботу по виявленню ув'язнених та засуджених осіб з ознаками суїцидального ризику, при потребі ініціювати постановку на профілактичний облік як осіб, схильних до самогубства.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	постійно
4.	Ініціювати переведення ув'язнених до інших камер, засуджених - до інших відділень СПС у випадках погіршення оперативної обстановки, наявності проявів ауто та гетероагресивної поведінки, конфліктних ситуацій з обов'язковим погодженням із психологом.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	постійно, за потреби
5.	Закріплювати за кожним засудженим та особою, взятою під варту, які перебувають на профілактичному обліку як схильної до самогубства, співробітника слідчого ізолятора або установи виконання покарань. Результати роботи з підшефними розглядати на засіданнях профілактичної комісії.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	постійно
6.	Встановлювати та усувати причини, що сприяють вчиненню порушень режиму тримання ув'язненими/засудженими.	начальник ВРіО, оперативний відділ (група), відділ (сектор, група) СВПР	постійно
7.	Здійснювати посилений нагляд та спостереження за поведінкою на найбільш небезпечними категоріями осіб з точки зору можливості вчинення самогубства: раніше вчиняли суїцидальні спроби, самоушкодження; особи, рідні і близькі яких скоювали самогубство; втратили соціально-корисні зв'язки; мають життєві складнощі, пов'язані із втратою рідних, близьких чи значними матеріально-фінансовими втратами; сімейні проблеми; засуджені вперше до тривалих строків позбавлення волі; засуджені, які мають порушення у сфері міжособистісних стосунків та відхилення у поведінці, загрозу чи факт приниження або згвалтування; соціально дезадаптовані; до засудження мали високий соціальний статус; мають низький освітній рівень; інваліди I та II групи; особи похилого віку; особи з тяжкими захворюваннями, хворі на тяжкі соматичні або психічні захворювання (розлади); особи із залежностями; поміщені у ДІЗО; переведені в ПКТ, ОК; перебувають у конфліктних стосунках з іншими особами; мають емоційні проблеми; матеріальні проблеми (грошова заборгованість засудженого або членів родини); ведуть розмови про самогубство або погрози його вчинення, нереальні висловлювання про зникнення; за час відбування покарання соціально-корисні зв'язки. За необхідності ініціювати постановку на профілактичний облік.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	постійно

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
8.	Узгоджувати з лікарем-психіатром та керівником відповідного закладу охорони здоров'я ДКВС України перелік осіб, які потребують окремої уваги, здійснення супроводу та надання психологічної допомоги.	психолог, медичний персонал	у разі потреби
9.	У разі отримання інформації про суїцидальну спробу засудженого/ув'язненого скеровувати таку особу до психолога або медичних працівників закладу охорони здоров'я ДКВС України. У разі, якщо особа потребує надання екстреної медичної допомоги, діяти відповідно до Порядку надання екстреної медичної допомоги особам, узятим під варту або яким призначено покарання у виді позбавлення волі, затвердженого постановою КМ України від 21.11.2012 № 1122.	ЧПНУ (ЧПНСІ), психолог, медичний персонал	у випадку отримання інформації
10.	Ініціювати питання надання психіатричної допомоги та відповідного супроводу ув'язненого та засудженого за умови виявлення ознак, які вказують на ймовірність наявності психічних та поведінкових розладів.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	при потребі
11.	Забезпечувати збір та подання матеріалів, що характеризують спосіб життя та поведінку засуджених/ув'язнених, які щомісяця розглядаються профілактичною комісією на чолі з начальником УВП/СІЗО або особою, яка виконує його обов'язки.	ст. вихователь/ вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/ інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО, нач. ВНІБ, оперативний відділ (група)	при потребі
12.	Розглядати питання стану профілактики самогубств на засіданнях профілактичних комісій при начальнику УВП/ СІЗО з аналізом причин та умов їх допущення, наданням принципової оцінки діям персоналу, з вини яких трапилась надзвичайна подія. Визначити заходи, що спрямовані підвищення ефективності роботи з профілактики та попередження самогубств.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	щомісячно
13.	Здійснювати комплексні обходи об'єктів УВП та СІЗО з метою моніторингу психоемоційного стану, оперативної обстановки на відділеннях СПС, ДПК, ПКТ, в карантинних камерах.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	1 раз на тиждень
14.	Обов'язково враховувати рекомендації психолога установи перед накладенням стягнень на осіб, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства.	оперативний відділ (група), ВНІБ (ВРіО), відділ (сектор, група) СВПР	постійно
15.	Повідомляти психолога УВП/СІЗО та начальника відділення соціально-психологічної служби про негативні зміни у поведінці осіб, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, що виявилися під час роботи на виробництві.	виробничий персонал відділ (сектор, група) СВПР	постійно

№ з/п	Зміст заходу	Виконавець	Термін виконання
16.	Проводити індивідуально-профілактичну роботу із засудженими/ув'язненими, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, а також з тими, які тримаються у штрафних приміщеннях (дисциплінарному ізоляторі), приміщенні камерного типу, одиночній камері, карцері, переведені до дільниці посиленого контролю.	нач. відділення СПС, ст. вихователь/ вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/ інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО, психолог, оперативний відділ (група)	не рідше одного разу на тиждень
17.	Проводити із засудженими/ув'язненими, які перебувають на профілактичному обліку, індивідуальні бесіди, спрямовані на формування у них позитивного настрою, оптимістичних поглядів на життя; проводити бесіди з іншими засудженими/ув'язненими, які підтримують з ними дружні стосунки.	психолог, нач. відділення СПС, ст. вихователь/ вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/ інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО, оперативний відділ (група)	постійно
18.	Вивчати особові справи, спостерігати за поведінкою засуджених/ув'язнених, які перебувають на профілактичному обліку як схильні до самогубства, визначати коло їх спілкування з найближчим оточенням, близькими та родичами, аналізувати взаємовідносини з цими особами. У разі негативних змін у поведінці та психічному стані, негайно інформувати заступника начальника УВП/СІЗО із СВПР (начальника відділу СВПР) та психолога. Вносити відповідні відомості до журналу оперативної інформації.	оперативний відділ (група), нач. відділення СПС, ст. вихователь/ вихователь СПС УВП, нач. відділення СПС, ст. інспектор/ інспектор відділу (сектору, групи) СВПР) СІЗО, психолог	постійно