

ВВЕДЕНИЕ

Общепринято считать, что при количестве самоубийств до 10 человек на 100 тысяч населения, государство причисляется к стране с низким уровнем самоубийств, от 10 до 20 — к среднему, а более 20 — к высокому суицидальному статусу. В Российской Федерации (РФ) и других странах СНГ тенденция к росту числа самоубийств наиболее высокая. Согласно данным, опубликованным ВОЗ, в настоящее время РФ занимает второе место в мире по уровню завершенных самоубийств после Литвы. В 2011 году уровень завершенных суицидов в РФ составил 21,4‰, а в 2012–21,8‰.

По критериям ВОЗ уровень самоубийств является важной характеристикой общественного здоровья, основным критерием качества жизни населения, важным индикатором социального, экономического и политического состояния общества. Применительно к суицидам это положение имеет первостепенное значение. Определение самоубийства как «нанесение себе вреда» относит его к категории устранимой (**предотвратимой**) смертности (ВОЗ, 2001). Вместе с тем проблема самоубийств, с раскрытием их причин, смысла, предпосылок, мотивов, побудительных факторов, культуральных установок и обоснованных путей профилактики сохраняет свою актуальность как в социальном, так и медицинском аспектах. Кроме того, в следствии самоубийств каждая страна несет выраженные экономические потери. Так, по данным Калмыкова Ю. А. и Пелевина Г. Н. (2014), в РФ «суммарные потери вследствие суицидов составили 145 788 млрд рублей, или 0,46 % ВВП».

ВОЗ (2001) дает прогноз, что до 2020 года около 1,5 миллиона людей в мире могут покончить с собой. При этом в 10–20 раз прогнозируется рост числа суицидальных попыток. Сообщается, что одна смерть ожидается каждые 20 секунд, а предполагаемые суицидальные попытки почти каждые 2 секунды.

Поскольку военнослужащие являются неотъемлемой частью народа, а армия — специфичной структурой государства, то все социальные

болезни общества находят свое зеркальное отражение в армейских коллективах (Лопатин М. Ю., 2009).

Несмотря на проводимый в силовых структурах отбор контингентов, рассматриваемая проблема остро стояла во все времена и во всех армиях мира (Литвинцев С. В. [и др.], 2001). Так, например, по данным U. S. Department of Defense (2013) среди военнослужащих США, начиная с 2001 года, количество завершённых суцидov неуклонно растёт. Это связано с вовлечением американских войск в конфликты по всему миру, особенно в Ираке и Афганистане. Так, в 2001 году этот показатель, в среднем, был равен 10,3 ‰, а к 2008 году он увеличился на 50 % и составил 15,8 ‰. По родам и видам войск в 2008 году в армии США показатель завершённых суцидov составил 19,5 ‰, в морской пехоте 18,5 ‰, в военно-воздушных силах и военно-морском флоте США 12,1 ‰ и 11,6 ‰, соответственно. По состоянию на 2013 год, ежедневно 18–22 участника боевых действий армии США погибают от самоубийства.

Комплектование Вооружённых Сил Российской Федерации (ВС РФ) гражданами, подлежащими призыву на военную службу — общегосударственная задача, целью которой является укрепление национальной безопасности России. В последние годы отмечается устойчивая негативная тенденция изменения состояния здоровья подростков, той возрастной группы, которая в ближайшее десятилетие будет определять не только военно-экономический потенциал страны, но и воспроизводство населения, здоровье будущих поколений (Баранов А. А., Кучма В. С., 2007).

Почти 40 % призывников, признанных негодными к военной службе по состоянию здоровья, имеют психические нарушения. В структуре уволенных из армии по болезни военнослужащих по призыву, страдающих психическими расстройствами, — 30 %. Более трети из них (35 %) имеют разные формы психической ретардации, т. е. являются умственно отсталыми (Трущелев С. А., 2010). Ежегодно более 35 % юношей не способны нести воинскую службу по медицинским показаниям (Мелюхин Г. М., 2008).

Качество профессиональной деятельности военнослужащих находится в прямой зависимости от уровня их психического здоровья. Военная служба неизбежно сопровождается значительными психическими и физическими нагрузками. Воздействующие при этом на человека сложные и многообразные патогенные факторы приводят к непрерывному изменению психического состояния военнослужащего. У каждого имеется строго индивидуальный предел сопротивляемо-

сти. Поэтому, отбор граждан на военную службу и последующее их сопровождение регламентировано рядом руководящих документов Министерства обороны (МО) РФ (см. приложение).

Несмотря на наличие руководящих документов МО РФ, проблема высокого суицидального риска (СР) и суицидальных происшествий в ВС РФ с годами не становится менее актуальной. Она актуальна и в настоящее время, несмотря на то, что уровень суицидов среди военнослужащих в 1,7 раза меньше аналогичного показателя среди гражданской молодежи. А при всем многообразии факторов, действующих на человека, проблема состоит в том, что суицидальные действия могут совершаться или не совершаться при «одинаковой» психической травме, сходных особенностях личности и психической функции суицидентов, характере психической патологии (Шамрей В.К. [и др.] 2010).

По данным официального сайта МО РФ mil.ru количество самоубийств среди военнослужащих всех категорий имеет тенденцию к росту: в 2006 году — 210 случаев (37,9% от общего числа смертей), в 2007 году — 224 случая (50,7%), а в 2008—231 случай (49%).

Вместе с тем, известно, что 70–75% суицидентов в обществе и 90–95% суицидентов на военной службе по данным медицинских освидетельствований считаются психически здоровыми людьми.

Несмотря на продолжающееся ухудшение здоровья призывников, в образовательных заведе-

ниях, при первоначальной постановке юношей на воинский учет и при призыве суицидальный риск до сих пор не определяется. В связи с этим, представляется важным определять начало возможного перехода СР в суицидальное поведение (СП) у военнослужащих по призыву и вовремя проводить комплекс необходимых мероприятий по предупреждению суицидальных действий (СД).

В современных условиях постепенного перехода ВС РФ на контрактную службу и реформирования ВС РФ в качестве основного мероприятия, реально позволяющего уменьшить негативную тенденцию увеличения числа завершенных суицидов среди военнослужащих по призыву, является организация раннего выявления СР и превенции суицидальных проявлений.

В доступной литературе в настоящее время отсутствуют статистические данные количества юношей, которые имеют СР и неизвестна распространенность суицидального поведения. Отсутствуют данные и о том, какое количество юношей совершили суицидальные действия или развилось СП из какого количества проявивших СР при

медико-психологическом обследовании. Отсутствуют сведения о том, что представляют показатели нервно-психической устойчивости (НПУ) и СР в динамике — это стадия или степень. Между тем, в ряде работ сообщается, что для перехода СР в СП выраженность СР несущественна. Важным является наличие СР. Так, С. А. Игумнов (2007), исследуя особенности СП, сообщает, что в раннем постсуицидальном периоде у лиц, совершивших суицид впервые, СР был низкий в 94,8 % случаев, средний в 3,6 %, и высокий в 1,6 % случаев. У юношей, которые совершили суицидальные действия повторно, доля лиц с низким СР уменьшилась до 73,3 %, а доли лиц со средним СР и высоким СР увеличились до 16,7 % и 10 % случаев, соответственно.

Между тем, из «Материалов общественных слушаний 18 марта 2008 года» Общественной палаты РФ известно, что в частях и подразделениях по проблемам суицидов среди военнослужащих, свидетельствуют, что способы современной диагностики не позволяют эффективно выявлять военнослужащих, склонных к самоубийству. Исследования за 2008 год в войсках Северо-Кавказского и Приволжско-Уральского округов свидетельствуют о том, что суициды совершают военнослужащие имеющие «хороший» уровень нервно-психологической устойчивости (таблица 1).

Таблица 1

Распределение военнослужащих, совершивших суициды имеющих различные уровни нервно-психологической устойчивости в 2008 году, %

Уровень НПУ	Округ	
	Северо-Кавказский	Приволжско-Уральский
Высокий	11	-
Хороший	63	75
Удовлетворительны	22	19
Неудовлетворительный	4	6

Это объясняется тем, что существующие психодиагностические методики, используемые в настоящее время, не позволяют с требуемой точностью прогнозировать вероятность развития у военнослужащих психической патологии, что обуславливает необходимость их совершенствования. Основным недостатком данных методик является

возможность произвольной коррекции результатов испытуемым, что существенно снижает достоверность получаемых результатов [Лобачов А.В. [и др.], 2011; Дьяконов И. Ф., Колчев А. И., Овчинников Б. В., 2004). Применяемые в военизированных структурах тесты могут лишь выявить некоторые предрасполагающие факторы риска (Розанов В. А., 2010). Соответственно, необходимы разработка и поиск объективных и высокочувствительных методик и подходов к диагностике психической сферы человека. Такой объективной методикой и является методика «Видикор-М», результаты и динамический подход диагностики которой изложены в настоящих методических рекомендациях.

Согласно концепции суицида (Амбрумова А. Г., 1978), суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта.

Так, например, у военнослужащих по призыву процесс адаптации характеризуется определенной стадийностью. В период 2-годичной службы были выделены четыре стадии процесса адаптации у военнослужащих по призыву. Первая — начальная (дестабилизации — 3 мес. службы в части) — отличается напряжением механизмов адаптации у военнослужащих по призыву, дестабилизацией физиологических функций, ухудшением физической работоспособности и выносливости, увеличением количества правонарушений, нервно-психических срывов, расстройств адаптации, различных поведенческих девиаций, в том числе, суицидальных действий. Вторая стадия — формирования адаптации — продолжается до 9 мес. военной службы и отличается тем, что организм в основном перестраивается на уровень функционирования, соответствующий новым условиям. При этом, уменьшается количество лиц с нервными срывами, нарушением адаптации, нарушением поведения. Третья стадия — завершения адаптации — продолжается до 1,5 лет службы и определяется тем, что функциональное состояние организма достигает адекватного уровня. Четвертая стадия — стабильной адаптации — до конца службы (Коршевер Н. Г., 2011).

В связи с реформированием армии, сокращение срока службы по призыву до одного года, выполнением боевых задач, характеризующихся внезапностью и скоротечностью, исключается возможность постепенной адаптации к условиям службы. Одной из основных проблем в этих условиях является прогнозирование и помощь в быстрой и успешной адаптации личности к условиям службы. Особый интерес для выявления СР, проведения психопрофилактических, психокоррекционных мероприятий и контроля их эффективности

по предупреждению СП представляет анализ причин, которые разделяют адаптационный процесс на два возможных направления его развития, по пути переадаптации или же дезадаптации. Успешность адаптации к новым, измененным условиям жизнедеятельности, во многом детерминирована адаптационными способностями (адаптивностью) личности. В связи с этим особую важность для исследователя приобретает выявление и оценка этой способности. Несмотря на очевидную практическую значимость, проблема адаптивности личности в условиях службы остается проблематичной. Недостаточно изученным остается вопрос о влиянии индивидуально-психологических особенностей личности на адаптивность к службе. Изучение этого вопроса связано с необходимостью осмысления влияния индивидуально-психологических особенностей личности, таких как темперамент, акцентуации характера, нервно-психическая устойчивость, реактивная и личностная тревожность на адаптивность к службе и недостаточностью экспериментальных данных, выявляющих это влияние. Лучше всего к новым видам деятельности адаптируются сангвиники, достаточно хорошо холерики и флегматики и хуже всех — меланхолики. Для лиц с высоким уровнем адаптивности характерен высокий уровень нервно-психической устойчивости, практическое отсутствие акцентуаций характера, низкие значения реактивной и личностной тревожности. По типу темперамента это в основном сангвиники. Для лиц со средним уровнем адаптивности характерны средние показатели нервно-психической устойчивости, наличие акцентуаций характера, средние значения реактивной и личностной тревожности. Для лиц с низким уровнем адаптивности характерны низкие показатели нервно-психической устойчивости; тревожная, застревающая, дистимная, циклотимная акцентуации характера, высокие значения реактивной и личностной тревожности. Процесс адаптации проходит в условиях реального, конкретного коллектива, условий, где влияние психогенных факторов имеет свой отпечаток, свои особенности. Глубокий и всесторонний анализ реального характера психогенного воздействия конкретной среды, позволяет разработать систему мер по снижению уровня этого воздействия на психику личности с учетом индивидуально-психологических особенностей, изучить наиболее остро переживаемые неудовлетворенные потребности и изыскать возможность для их адекватного удовлетворения, или же оказать помощь в конструктивной переоценке ситуации. Правильно организованные мероприятия по формированию стойкой адаптации личности, а также целенаправ-

ленный, комплексный, дифференцированный подход при их проведении, позволит значительно сократить количество происшествий и преступлений в коллективах, являющихся следствием дезадаптивного поведения и в первую очередь — суицидальных происшествий (Кириллова Н. Л., 2011).

Исходя из приведенных данных, эти особенности необходимо учитывать, особенно при принятии решения на допуск военнослужащих в караул.

В связи с непосредственной зависимостью суицидального риска от типов высшей нервной деятельности и изменения разных уровней психической адаптации разработана и предложена организационно-функциональная модель раннего выявления и прогнозирования суицидального поведения у военнослужащих.

Исследования, положенные в настоящие методические рекомендации, объясняют почему «при всем многообразии факторов, действующих на человека, суицидальные действия могут совершаться или не совершаться при «одинаковой» психической травме, сходных особенностях личности и психической функции суицидентов», «суициды совершают военнослужащие имеющие «хороший» уровень нервно-психологической устойчивости» с учетом изменения адаптации и индивидуально-психологических особенностей личности.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Военная служба — особый вид Федеральной государственной службы, исполняемой гражданами и неизбежно сопровождается значительными психическими и физическими нагрузками. Воздействующие при этом на человека сложные и многообразные патогенные факторы приводят к непрерывному изменению психического состояния военнослужащего. Не существует людей, абсолютно невосприимчивых к стрессу. У каждого имеется строго индивидуальный предел сопротивляемости. По достижении предела сопротивляемости психоэмоциональное напряжение, переутомление или нарушение функций организма приводит к срыву психической деятельности. В условиях военной службы выделяются ряд факторов, ведущих к нервно-психическим перегрузкам (перенапряжение, обусловленное значительной разницей с прежним жизненным укладом; культуральные и национальные особенности военнослужащих; необходимость выполнения служебных обязанностей независимо от метеоусловий

и времени суток, что нарушает биоритмы военнослужащего и ведет к нервно-психическому перенапряжению. Кроме того, особенности военной службы и длительный отрыв от семьи порождает чувство тревоги, беспокойства, тоски. В связи с этим актуальным становится решение вопроса о пригодности к военной службе лиц, имеющих в анамнезе попытки покушения на жизнь, поскольку у суицидентов, *отнесенных к числу психически здоровых, в действительности имеют место патологические формы дезадаптации личности в виде предболезненных состояний, которые на высоте дезадаптации в течение короткого времени переходят на клинический уровень. От 40 до 60 % лиц, совершивших самоубийство, обращались к врачу в течение последнего месяца перед этим, причем, большинство обращалось к врачам общего профиля, а не к психиатрам.* У лиц с предрасположенностью к суицидальному риску это приводит к суицидальному поведению, механизм развития которого показан на рисунке 1.

В результате переживания различного рода стрессовых ситуаций у индивида возникают относительно кратковременные изменения эмоционального состояния, проявляющиеся в снижении настроения, повышении тревоги и других нарушениях. Известно, что военнослужащие способны успешно переносить подобные состояния, но у психологически неуравновешенных и уязвимых лиц они вызывают временное ухудшение функционирования регуляторных компонентов. В следствие этого ухудшения у предрасположенных лиц может развиваться суицидальное поведение.

Происходит нарушение познавательной деятельности, проявляющееся в активации негативных ожиданий и установок, а также в развитии процесса руминации («умственной жвачки»), характеризующегося трудностями произвольного отвлечения от негативных мыслей и переживаний. В состояниях пониженного настроения активируются негативные ожидания и установки. Активация негативных ожиданий и установок существенно изменяет восприятие у человека. Так, его внимание заостряется на негативных аспектах ситуаций, позитивные моменты игнорируются, возникает склонность к пессимистическим интерпретациям происходящих событий, отмечаются трудности произвольной актуализации позитивного жизненного опыта. Изменения когнитивных процессов приводят к закреплению и дальнейшему усилению негативного эмоционального состояния.



Рисунок 1 — Теоретическая модель формирования суицидального поведения (по Зотову М. В., 2006)

Кроме того, они вызывают изменения на уровне поведения, проявляющиеся в нарастании пассивности, снижении способности к решению проблем, избегающем стиле копинг-поведения. Чрезмерно избегающее или пассивное поведение человека препятствует нахождению эффективных способов решения проблемных ситуаций и провоцирует возникновение новых трудностей, которые пессимистически воспринимаются и вызывают дальнейшее нарастание депрессивного состояния. Таким образом, человек попадает в замкнутый круг постоянно нарастающих негативных мыслей, депрессивных переживаний и «субъективно неразрешимых проблем». Процесс нарастания взаимосвязанных изменений в когнитивной и эмоциональной сферах развивается, пока не достигает определенного критического уровня.

В последующем у индивида возникает состояние суицидальной настроенности, характеризующееся переживаниями безнадежности,

«тупика» (многие суициденты говорят о «чувстве загнанности в угол»), доминированием идеи самоубийства как единственного выхода из невыносимой ситуации. Для данного состояния характерно понятие «туннельное сознание», при котором внимание концентрируется как бы в одном узком туннеле, происходит резкое ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации. В состоянии суицидального кризиса резко сужается диафрагма сознания, оно концентрируется на единственной цели бегства (из невыносимой ситуации), исключая из своего поля все остальное, в том числе, родителей и членов семьи. Близкие люди, как правило, просто не вмещаются в узкий фокус суицидальной линзы, оказываются за пределами «кадра». Также происходит изменения автобиографической памяти, характерные для состояний суицидального кризиса. Совершающий самоубийство прерывает все связи с прошлым, воспоминания его уже не спасут, он находится вне пределов их досягаемости.

При описании развития состояния суицидальной настроенности, многие суициденты используют выражения: «нарастающий снежный ком», «скольжение по наклонной плоскости», подчеркивая тем самым, возрастающие трудности контроля развивающегося суицидального кризиса. Во время переживания кризисного состояния любое возбуждающее событие может сыграть роль детонатора и подтолкнуть к планированию и реализации суицида.

! Внимание:

— суицид сам по себе не является заболеванием и не обязательно представляет собой симптом заболевания, однако, психические расстройства — важный фактор, связанный с самоубийством;

— подготовка к суициду может иметь открытый характер или тщательно скрываться. Суициденты, имеющие серьезные намерения покончить с собой, могут намеренно отрицать у себя подобные мысли;

— вводящее в заблуждение ложное улучшение состояния («зловещее спокойствие» и собранность). Если пациент ранее проявлявший тревогу, внезапно успокоился, то на самом деле это может свидетельствовать о том, что он принял решение совершить самоубийство.

2. КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПО ИЗУЧЕНИЮ СВОЙСТВ, КАЧЕСТВ И ОЦЕНКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЧНОСТИ

В военных комиссариатах для психологического и психофизиологического обследования граждан имеется программно-технический комплекс профотбора военных специалистов 83т 79 и автоматизированное рабочее место специалиста профотбора «Отбор». Он позволяет определять общие познавательные способности, уровень НПУ и категорию пригодности к видам военной профессиональной деятельности, группу психического здоровья. Результаты обследования оформляются отдельным бланком, который называется «Результаты социально-психологического изучения психологического и психофизиологического обследования» и отображает значения показателей в «сырых баллах» и значения показателей в стэхах. Однако по этой методике выявление показателей и оценка СР не предусмотрена.

В воинских частях и в военных образовательных заведениях и учреждениях в настоящее время используется методика «МЛО-Адаптивность 200 плюс», разработанная А. Г. Маклаковым и С. В. Чермяниным в 1996 году, которая в дальнейшем была усовершенствована и в настоящее время включает следующие основные шкалы: «достоверность» (Д); «нервно-психическая устойчивость» (НПУ); «коммуникативный потенциал» (КП); «моральная нормативность» (МН); «суицидальный риск» (СР); «личностный адаптивный потенциал» (ЛАП).

Оценка групп психического здоровья проводится в соответствии с принятым в военной психологии и военной психиатрии уровневый подходом (Чермянин С. В., Корзунин В. А., Юсупов В. В., 2010) представлена в таблице 2.

Методика «Видикор-М» разработана в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н. И. Пирогова (Журавлев А. К., Михальчик С. В., 2006). Она имеет свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2006610681 от 20.02.06 и патент на изобретение № 2303947 от 10.08.07 (Журавлев А. К., Михальчик С. В., 2007).

Она применяется в различных областях, в том числе — в психологии и медицине. С её помощью проводится видео-компьютерная нейровизуальная психодиагностика с использованием новых информационных технологий, в том числе на основе биологической обратной