

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ**

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ЦЕНТР ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Утверждено и рекомендовано к печати
решением рабочей комиссии ТОО
«Республиканский центр инновационных
технологий медицинского образования и науки»
(протокол № 5 от 19 июня 2013года)

**И.И. РАСПОПОВА, Н.А. НЕГАЙ, М.Ш. ДЖАМАНТАЕВА,
А.А. БОБРЯШОВ**

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
(Аналитический обзор литературы)

Методические рекомендации

Алматы, 2013г

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ЦЕНТР ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Утверждено и рекомендовано к печати
решением рабочей комиссии ТОО
«Республиканский центр инновационных
технологий медицинского образования и науки»
(протокол № 5 от 19 июня 2013года)

Н.И. РАСПОПОВА, Н.А. НЕГАЙ, М.Ш. ДЖАМАНТАЕВА,
А.А. БОБРЯШОВ

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
(Аналитический обзор литературы)

Методические рекомендации

Алматы, 2013г

Составители:

- Распопова Н.И. – к.м.н., зав. научным отделом «Центр суицидологии и эпидемиологии» РНПЦ ППН МЗ РК
Негай Н.А. – к.м.н., зам. директора по научной и клинической работе РНПЦ ППН МЗ РК
Джамантеева М.Ш. – к.м.н., с.н.с. отдела клинической психиатрии и мед. психологии РНПЦ ППН МЗ РК
Бобряшов А.А. – зав. отделом психиатрических исследований Центра военной медицины МО РК

Рецензенты:

- Шахметов Б.А. – д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психо-терапии и наркологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.
Толстикова А.Ю. – д.м.н., зав. научным отделом клинической психиатрии и мед. психологии РНПЦ ППН МЗ РК

В методических рекомендациях представлен анализ эпидемиологических данных о распространенности суицидального поведения в населении различных регионов мира и, в частности, в Республике Казахстан. Отражены современные теоретические аспекты суицидального поведения. Показана ведущая роль дезадаптации в формировании суицидального поведения у военнослужащих. Выделены особенности диагностики пресуицидальных состояний и рекомендуемые меры профилактики суицидов среди военнослужащих.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, работающих как в системе Министерства здравоохранения, так и Министерства обороны РК.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК и рекомендованы к печати (председатель – д.м.н., профессор С.А. Алтынбеков, протокол № 13 от 14.03.2013г.)

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. Эпидемиология суицидального поведения.....	5
2. Личностно-психологические особенности факторов риска суицидального поведения у лиц призывного возраста.....	11
3. Суицид, как расстройство адаптации в условиях военной службы.....	16
4. Механизмы формирования суицидального поведения у военнослужащих и меры профилактики.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	29
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	30

ВВЕДЕНИЕ

Рост количества самоубийств и числа суицидальных попыток в большинстве развитых стран привлекает пристальное внимание исследователей, рассматривающих эту проблему как одну из наиболее социально значимых. Эпидемиологические исследования показывают, что суицидальный феномен, это не только индивидуальная поведенческая реакция, но и статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития страны и отдельных её регионов [1,2,3].

Казахстан в последние годы стабильно входит в число государств с неблагоприятной суицидальной ситуацией. Согласно данным Агентства по статистике РК, в 2011 году в Казахстане зафиксировано 3434 случая суицида (20,7 случая на 100 тыс. населения), что значительно превосходит показатель распространенности завершенных самоубийств, установленный в качестве среднего для 53 стран мира. Он равен 15,1 на 100 тыс. населения в год, т.е. в 1,4 раза ниже, чем в Казахстане. Особо следует отметить, что в 2010 г. в Казахстане зарегистрировано 1286 случаев самоубийств среди подростков и молодежи до 29 лет (15,2 случая на 100 тыс. человек данной возрастной категории), что отражает мировую тенденцию "омоложения" суицидов.

С позиций современной суицидологии, по определению А.Г. Амбрумовой [4] суицид - это социально-психологическая дезадаптация личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Самоубийство во всех случаях может быть понято лишь как акт взаимодействия индивидуума с социальной средой. Дезадаптация всегда связана с конфликтом сложными взаимобратимыми причинно-следственными отношениями. Конфликт может иметь внешний (экстраперсональный) или внутренний (интраперсональный) характер. Объективная и субъективная стороны дезадаптации всегда взаимосвязаны, но далеко не всегда однозначны друг другу.

Специфические условия и факторы срочной военной службы могут быть приравнены к экстремальным [5], так как к морально-психологическому состоянию военнослужащих предъявляются повышенные требования в условиях узкого диапазона социально-приемлемого психического реагирования [6].

Таким образом, проводимые в этой области исследования свидетельствуют о том, что суицидальное поведение представляет собой результат сложного взаимодействия психопатологических, личностных и ситуационных факторов, доля участия которых в каждом конкретном случае неодинакова. Это требует проведения углубленного изучения феномена суицидального поведения у военнослужащих, выявления специфических факторов, способствующих его формированию в условиях воинской службы и разработки эффективных методов диагностики и профилактики.

1 Эпидемиология суицидального поведения

Первые статистические обобщения и попытки научного анализа суицидального поведения относятся к началу XIX века и связаны с появлением систем регистрации и учета смертей и преступлений в европейских государствах. Однако, недостатки демографической статистики того времени резко ограничивали возможности суицидологических исследований и сопоставимость результатов [7].

Записи о численности самоубийств впервые появились в Швеции с 1750 г., в Пруссии - с 1816, в Норвегии и Франции - с 1826 года, в Англии - с 1830 года, в Саксонии и Дании - с 1836, в Баварии - с 1864 года [8]. Эти данные, чаще всего, отражались в статистике судебных ведомств, в связи с тем, что в то время уголовная ответственность предусматривалась не только за доведение до самоубийства, но и за покушение на свою жизнь. Публикации этих данных свидетельствовали о возрастающих размерах этого явления, что вызывало научный интерес к изучению проблемы самоубийства.

Статистические публикации о самоубийствах в России появились в первой половине XIX века в "Губернаторских отчетах" и "Своде статистических сведений по делам уголовным" [9, 10], предпринимались попытки сопоставления распространенности самоубийств в России и Западной Европе.

Первой попыткой создать в России систему статистики самоубийств в рамках медицинского ведомства явилась организация в Одессе статистического бюро самоубийств при станции скорой медицинской помощи [11]. Отделом судебно-медицинской экспертизы в 1920 году была разработана анкета о самоубийцах, содержащая девятнадцать вопросов социально-демографического и медицинского характера, согласно которой удалось собрать сведения о самоубийствах по 175 уездам. Были проведены первые совместные научные разработки по данной проблеме медиков, юристов, демографов [12]. В СССР с 30-х годов прошлого века, в течение нескольких десятилетий в научной литературе не появилось ни одного сообщения, касающегося проблематики самоубийств, за исключением немногочисленных и разрозненных работ главным образом в плане психопатологической казуистики, так как по идеологическим соображениям проблема самоубийства замалчивалась, статистика была объявлена закрытой.

Суицидология, как многоплановая сфера теоретических и практических исследований феномена самоубийства, - наука относительно молодая, и, в связи с объективными потребностями, бурно развивающаяся в последнее время во всём мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стала регулярно публиковать сведения о самоубийствах в различных странах мира с 1949 года, что способствовало проведению эпидемиологических научных исследований в области суицидологии за рубежом [13].

Возрождение суицидологии в СССР, как самостоятельной науки, можно отнести лишь к началу 70-х годов прошлого века. После открытия Всесоюзного суицидологического центра при Московском НИИ психиатрии, стали

проводятся комплексные научные исследования по проблеме суицидов. Была начата длительная и кропотливая работа по изучению причин суицидального поведения [14], что послужило основой создания российской школы суицидологии.

В настоящее время распространенность суицидов принято считать одним из наиболее достоверных индикаторов состояния психического здоровья населения и уровня социального и экономического благополучия общества. Статистические данные последних десятилетий свидетельствуют о том, что устойчивая тенденция к росту числа самоубийств прослеживается во многих регионах мира [15-18]. По официальным статистическим данным Всемирной организации здравоохранения ежегодное число случаев завершённых самоубийств в мире составляет 1 миллион человек [19], самоубийство относится к трем ведущим причинам смерти в возрастной группе от 15 до 34 лет. Показатели смертности от самоубийств в европейских странах самые высокие и колеблются от 3,8 на 100 000 населения в Греции до 40 на 100 000 населения в Венгрии [20]. В США каждые 42 секунды совершается суицидальная попытка, и каждые 17 минут - завершённый суицид. Причем, каждый 1 час 39 минут - жертва суицида - ребенок в возрасте до 15 лет [21].

К демографическим факторам, влияющим на уровень самоубийств, в различных регионах мира, относится распределение суицидентов по полу. По данным ВОЗ среди суицидентов соотношение женщин и мужчин составляет 1:6,2. Превалирование суицидов среди мужской части населения характерно для большинства стран мира, но имеются и обратные соотношения. Так, в странах восточной Европы показатели смертности от самоубийств выше среди мужчин, а в странах западной Европы - среди подростков и женщин [20], в Китае суициды занимают первое место среди причин смерти у женщин, и третье место у мужчин.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в 9 странах, показали, что численность суицидальных попыток у женщин, по сравнению с мужчинами, была в 2-3 раза выше, в то время как частота завершённых суицидов среди мужчин в большинстве стран была значительно выше, чем среди женщин и составляла до 10:1 [22].

Большое значение в формировании суицидальной мотивации имеет фактор семейного неблагополучия. В исследованиях установлено, что вероятность совершения самоубийства ниже у лиц, живущих в благополучной семье и имеющих детей [23-26], а к факторам, значительно повышающим риск суицидального поведения, относятся: семейные утраты, развод, чувство одиночества в семье, возникающее из-за недостатка близких отношений между ее членами [23-26].

Многие авторы отмечают в своих работах неблагоприятную тенденцию к «омоложению» суицидов [27, 28]. Так, Р.С.Нолингер [29] подсчитал, что распространенность самоубийств в подростковом возрасте за 15 лет (1961-1975гг.) возросла в США на 124%. Еще более явный рост распространенности суицидов среди молодых людей имел место в 90-е годы: У мальчиков в

возрасте 15-19 лет частота самоубийств возросла на 300%, а у девочек того же возраста - на 200%, в то время как средние показатели завершённых суицидов в остальных возрастных группах остались более или менее стабильными. Несмотря на то, что Казахстан стабильно входит в число стран с неблагоприятной суицидальной ситуацией, за последние десятилетие показатель числа самоубийств в населении нашей республики снизился на 32,8%.

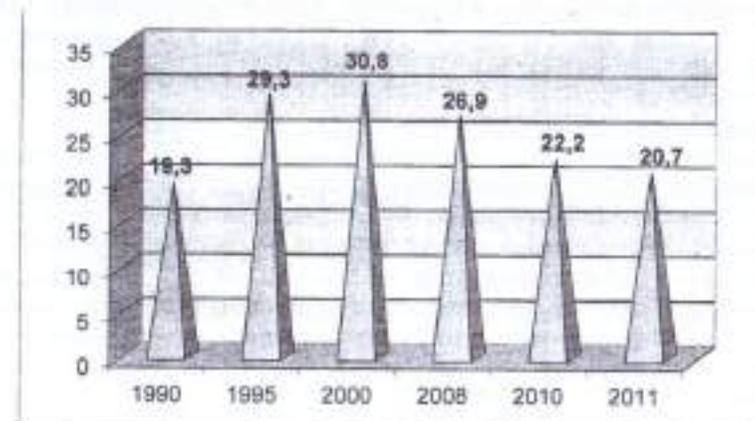


Рис. 1 - Динамика показателей числа самоубийств в населении Республики Казахстан за период с 1990 по 2011 гг.

Динамика показателей суицидальной активности населения Казахстана за последние 20 лет во многом схожа с динамикой суицидальной активности населения России за аналогичный период, что показано на рисунке 2.

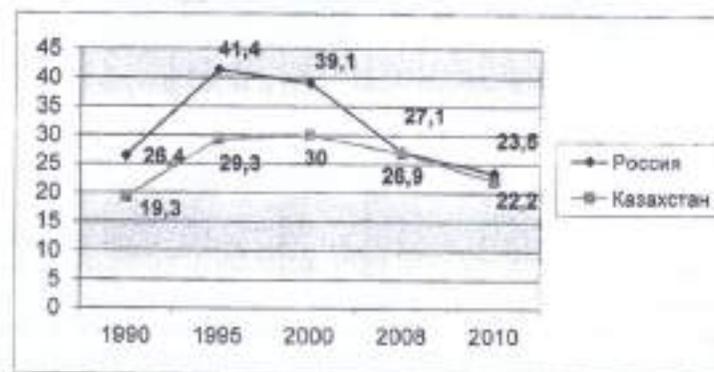


Рис. 2 - Динамика показателей смертности от самоубийств в расчете на 100 000 населения России и Казахстана за период с 1990 по 2010 гг.

По мнению Т.Б.Дмитриевой и Б.С.Положего [30], неблагоприятные тенденции в суицидальной ситуации в России были связаны с произошедшими в стране радикальными общественными переменами, повлекшими за собой не только экономические, но и психологические проблемы - необходимость быстрой адаптации к новой социальной системе, ломку идеологических стереотипов, появление новых ценностных ориентаций, резкое ухудшение благосостояния и многое другое. Аналогичные социально-экономические преобразования произошли и в Казахстане. Трудности переживаемого периода, как для населения России, так и для Казахстана носили характер стресса социальных изменений (термин ВОЗ), оказавшего патогенное воздействие на психологическое и психическое здоровье населения и повышению риска суицидального поведения [31].

Анализ современного состояния проблемы суицидов в Республике Казахстан за 2011г. свидетельствует о том, что показатели смертности от самоубийств во многих регионах превышают даже "сверхвысокие" мировые стандарты. Это Костанайская - 41,1, Восточно-Казахстанская - 36,7, Акмолинская - 35,0 и Западно-Казахстанская - 33,4 области. В южных регионах республики показатели суицидальной активности населения, напротив, - остаются стабильно низкими: Южно-Казахстанская - 17,6, Мангыстауская - 10,8 и Кызылординская - 7,4 области (что продемонстрировано на карте - рисунок 3).



Рис. 3 - Распространенность суицидов в отдельных регионах Республики Казахстан.

К региону со стабильно высоким риском суицидов относится Восточно-Казахстанская область, и это не случайно, так как рядом исследований отечественных ученых [32, 33] доказано, что на суицидальную активность населения в этом регионе существенное влияние оказывают экологические факторы, а именно последствия ядерных испытаний, проводившихся на Семипалатинском полигоне. Превалирующей формой психической патологии в данном регионе являются расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, заболеваемость которыми в данном регионе является самой высокой по республике.

Усугубляет ситуацию то, что приведенные статистические данные еще не отражают реальной распространенности этого социально опасного явления, так как степень учета самоубийств оценивается в официальной статистике как 1 из 4-10 случаев [34].

Многочисленные исследования по изучению суицидального поведения военнослужащих в различных странах свидетельствуют о том, что лица, служащие в армии, составляют особую социальную группу с повышенным суицидальным риском [35-38]. Авторы в своих работах отмечают, что относительно большое количество самоубийств среди военнослужащих вызывает отрицательное отношение к армии и военной службе со стороны родителей и гражданской общественности. В частности M.Berton, Le Bozee [38] обращают внимание на альтернативный характер постановки вопроса о психическом здоровье и об отклонениях от нормы в условиях службы в армии и в соответствии с этим на специфический характер психиатрической диагностики. Особое внимание уделяется вопросу о «псевдоадаптации» некоторых патологических личностей, а также лиц, пассивно подчиняющихся военной дисциплине.

Ещё в 1913г. И.А. Сикорский [39], изучая эту проблему, писал, что самоубийства среди военнослужащих Русской армии представляются наравне с другими странами Европы. Он также отмечал, что среди других Русская армия по числу самоубийств занимает последнее место. Однако, несмотря на этот факт, самоубийства в ней в 5 раз больше, чем среди гражданского населения.

По данным M. Wasileski, D.A. Kelly [40] в 1978 году в сухопутных войсках США было зарегистрировано 29 000 суицидальных попыток, что составило на 13% больше, чем их наблюдалось среди гражданского населения. J.B.Sawyer [41] установил, что число суицидальных попыток у новобранцев относится к числу завершённых суицидов как 100:1.

T. Prendergast, M.R. Preble, F.S. Tennant [42] отмечали повышение смертности среди военнослужащих от самоубийств в связи с растущей распространенностью алкоголизма и наркомании. При проверке ряда показателей прогнозирования суицидальных попыток, A.D. Pokorny [43] установил, что аффективные расстройства, алкоголизм и наркомания коррелировали с учащением попыток, что позволяет отнести эту категорию к группе повышенного риска суицида.

N.L.Rock [44], изучая суициды в армии США, отмечает более высокую частоту суицидов у женщин негроидной расы. J.M. Rotberg с соавторами [45] предполагают, что в связи с сокращением числа служащих негритянского происхождения в последние годы в армии США наблюдается тенденция к снижению уровня суицидов.

Изучив причины 175 завершённых суицидов в сухопутных войсках в США в 1979-1980 годах, W.E. Dattel, F.D. Jones [46] пришли к выводу, что таковыми наиболее часто являются трудности с объектом любви - 74,2%; трудности с работой и службой составили 13,9%, социальное неблагополучие - 13,9%,

неприятности с законом – 9,9%, психические заболевания – 7,9%, соматические заболевания – 7,3%.

Литвинов С.В. с соавторами [47] в своих исследованиях пришли к выводу о том, что в условиях военной службы 80% суицидальных действий совершается военнослужащими, проходящими военную службу по призыву, в том числе 2/3 – солдатами и сержантами первого года службы. Авторы также указывают, что показатели общего уровня самоубийств в офицерском корпусе ВС России и армии США практически одинаковы. Отмечен наиболее высокий суицидальный риск у недавно разведенных или разорвавших привычную сексуальную связь офицеров, почти 90% из них злоупотребляли алкоголем. У большинства суицидентов отмечался атеистический тип мировоззрения. Почти в 45% причиной самоубийства были тяжелое материальное положение и семейные неурядицы, в 20,4% – «неразделенная любовь» была значимым фактором, 15,3% – страх ответственности за совершенное правонарушение, в 6,2% – психическая дезадаптация, 2,5-4% – неизлечимое заболевание.

Н.Е. Бачериков [48] в своих работах отмечает, что свыше 30% причин самоубийств приходится на конфликты между командирами, подчиненными и сослуживцами. К неблагоприятным социальным факторам, играющим существенную роль в возникновении психотравмирующих переживаний, которые в свою очередь приводят к развитию психогенных расстройств, относятся неуставные отношения в армии. В литературе имеются и другие данные о причинах суицидального поведения военнослужащих. Так, А.А. Солохин [49] приоритетными мотивами считает тяготение службой и нежелание служить в армии, что составляет 23,5% всех случаев. Другие же мотивы суицидального поведения, по его мнению, встречаются относительно реже: ссоры, обвинения – 21,2%; семейные неурядицы – 17,1%; боязнь ответственности за содеянное – 15%; неуставные отношения – 12,5%; любовные ситуации – 10%; соматические и другие заболевания – 1,7%.

Изучая суициды среди военнослужащих, Л.И. Спивак [50] установил, что среди лиц, покончивших с собой, 13,5% были душевнобольные. По данным А.В. Квасенко [51] среди военнослужащих рядового состава, совершивших суицидальные поступки, психически больных было 23%. Среди офицеров эта цифра составила 50 %. Соотношение самоубийств и покушений на самоубийство у офицеров и солдат составило 1:7, а суицидальных угроз 1: 20.

С.В. Тиунов [52], обследуя военнослужащих срочной службы, совершивших суицидальные действия, выявил у них следующие формы психической патологии: невротические и адаптационные расстройства – 45,7%, дистимия – 25,4%, расстройства личности – 22,8%, шизофрения – 5,9%. На основании полученных данных автор пришел к выводу, что аутоагрессивное (суицидальное) поведение в широком понимании (суициды и парасуицидальные поступки), как форма патопсихологической защиты, является специфической переработкой системы психологических установок, которые возникают в связи со служебно-конфликтной ситуацией, и направлены на нейтрализацию тягостных эмоциональных переживаний.

Таким образом, проведенный анализ литературных данных научно обоснованно подтверждает давно сложившееся мнение о том, что контингент военнослужащих – это особая социальная группа с повышенным суицидальным риском. Призыв молодых людей в армию, который приходится на юношеский период 18-20 лет, ставит их в условия новых форм поведения, а также в специфическую атмосферу военной организации, отражаясь на психическом состоянии и вызывая аффективную неустойчивость и реакции дезадаптации, существенное значение в возникновении которых имеют психологические особенности юношеского возраста.

2 Личностно-психологические особенности факторов риска суицидального поведения у лиц призывного возраста

В жизни человека есть периоды повышенной уязвимости с повышенным риском развития психических расстройств и поведенческих проблем, одним из которых является подростковый (пубертатный) возраст (с 15 до 20 лет). Именно в этом кризисном периоде призывники попадают в армию и их способность справиться с проблемами («копинг») и адаптация к совершению новой ситуации в большей или меньшей мере зависят от их развития и воспитания на предшествующих стадиях жизни [53].

Анализ распространенности самоубийств в различных возрастных группах в США и в европейских странах показывает наличие пика частоты суицидов в подростковом (15-19 лет) возрасте [54-56]. Высокий уровень суицидальной активности молодежи выявил опрос студентов колледжей и университетов, который показал, что 65% из них отмечали у себя суицидальные мысли (в прошлом или в настоящее время), а 8,4% – в прошлом совершали суицидальные попытки [57].

По мнению А. А. Султанова [58], повышению суицидального риска подростков и молодежи способствуют определенные особенности личности, иногда достигающие степени акцентуации: сенситивность, эмоциональная неустойчивость, возбудимость. Автором выделены суицидогенные факторы, связанные с нарушением социализации: несоответствие уровня притязаний месту, занимаемому в социальной структуре, ощущение собственной несостоятельности в учебе, чувство ущемленности, поправленного самолюбия, неприятие системы ценностей старшего поколения, сексуальные проблемы: неразделенная любовь, разрыв с партнером, переживание своей сексуальной несостоятельности.

В исследованиях, проведенных Е.М. Вроно [59], установлено, что суицидальные попытки подростков в 51,4 % случаев носили истинный характер и не закончились трагично только благодаря своевременно оказанной помощи; в 41,2 % случаев суицидальные попытки носили характер аффективных реакций (аффективные суициды) и лишь в 7,4% их суицидальное поведение носило демонстративно-шантажный характер. Часто на выбор способа суицида

у детей и подростков оказывало влияние стремление к подражанию героям любимых книг и кинофильмов.

Ряд авторов считают, что в отношении роста численности самоубийств среди молодежи, предположения о социально-экономических и социокультуральных причинах оказались не вполне состоятельными [60, 61]. К наиболее значимым факторам, участвующим в формировании суицидальной мотивации у лиц данной возрастной группы, относятся: потеря одного из родителей (особенно отца), одиночество, сексуальная неудовлетворенность, безответные чувства, отчаяние и разочарованность, вызванные нерешенными конфликтами в личной и интимной сферах. При этом затруднения в учебном процессе, служили лишь тем фоном, на который накладывались дополнительные психогенные влияния, способствующие прорыву "вигтисуицидального барьера" и появлению суицидальных тенденций.

Большое значение в формировании суицидальной мотивации имеет фактор семейного неблагополучия. В исследованиях установлено, что вероятность совершения самоубийства ниже у лиц, живущих в благополучной семье [62], а к факторам, значительно повышающим риск суицидального поведения, относятся: семейные утрат, чувство одиночества в семье, возникающее из-за недостатка близких отношений между ее членами [63].

В исследованиях Т. В. Самохиной [64] показана суицидогенная роль родительской семьи в конфликтном формировании личности с ее последующей социальной дезадаптацией. Автору удалось выделить следующие типы родительских семей, играющих роль "девиантного поведенческого образа": 1) тип разрушающей семьи; 2) асоциальной семьи; 3) семьи, где суицид или суицидную попытку совершили родители; 4) семьи с патологической зависимостью родителей и детей; 5) семьи с психопатологическими нарушениями у ее членов. Зарубежными авторами так же указывается на то, что члены семьи, прямо или косвенно выражая свою враждебность, способствуют совершению суицидальных актов [56].

Рост числа самоубийств среди подростков и молодежи многими авторами связывается с ухудшением состояния психического здоровья населения [65-69]. Установлено, что даже у практически здоровых людей в условиях экстремальной кризисной ситуации могут формироваться суицидоопасные депрессивные реакции психогенной природы [70-72]. У большинства подростков, совершивших суицидальные попытки или закончивших жизнь самоубийством (при посмертном исследовании), были обнаружены признаки психических расстройств: депрессий, шизофрении, личностных нарушений, а также злоупотребления наркотическими и иными психоактивными веществами [73-76].

Основной психологической характеристикой подросткового возраста считается формирование социальной идентичности. Согласно имеющимся литературным данным [77, 78] в подростковом возрасте имеет место период разрушения и отмирания старых интересов, и период созревания новой биологической основы, на которой впоследствии развиваются новые интересы.

Он перечислил несколько основных групп наиболее ярких интересов подростков, которые назвал «доминантами». Это «эгоцентрическая доминанта» (интерес подростка к собственной личности); «доминанта дали» (установка подростка на обширные, большие масштабы, которые для него гораздо более субъективно приемлемы, чем ближние, текущие, сегодняшние); «доминанта усилия» (тяга подростка к сопротивлению, преодолению, к волевым напряжениям, которые иногда проявляются в упрямстве, хулиганстве, борьбе против воспитательского авторитета, протесте и других негативных проявлениях); «доминанта романтики» (стремление подростка к неизвестному, рискованному, к приключениям, к героизму. Существенные изменения происходят в этом возрасте и в развитии воображения. Под влиянием абстрактного мышления воображение «уходит в сферу фантазии», которая становится исключительно субъективной формой мышления, мышления исключительно для себя. Подросток прячет свои фантазии «как сокровеннейшую тайну и охотнее признается в своих проступках, чем обнаруживает свои фантазии». Указывается на два новообразования возраста. Это развитие рефлексии и на ее основе самосознания. Развитие рефлексии у подростка, не ограничивается только внутренними изменениями самой личности, в связи с возникновением самосознания для подростка становится возможным и неизмеримо более глубокое и широкое понимание других людей. При этом развитие самосознания, как никакая другая сторона душевной жизни, зависит от культурного содержания среды. Сравнивая себя со взрослым, подросток приходит к заключению, что между ним и взрослым никакой разницы нет. Он начинает требовать от окружающих, чтобы его больше не считали маленьким, он осознает, что также обладает правами. Центральное новообразование этого возраста возникновение представления о себе как «не о ребенке»; подросток начинает чувствовать себя взрослым, стремится быть и считаться взрослым, он отвергает свою принадлежность к детям, но у него еще нет ощущения подлинной, полноценной взрослости, но зато есть огромная потребность в признании его взрослости окружающими. Стремление быть взрослым вызывает сопротивление со стороны действительности. Оказывается, что никакого места в системе отношений со взрослыми ребенок еще занять не может, и он находит свое место в детском сообществе. Для подросткового возраста характерно господство детской общности над взрослым. Здесь складывается новая социальная ситуация развития и общение со своими сверстниками - ведущий тип деятельности в этом возрасте.

С точки зрения психиатрии подростковый возраст (пубертатный период) является критическим периодом и резко выраженные психологические особенности в его рамках характеризуются как «подростковый комплекс», а связанные с ними нарушения поведения как пубертатный криз. Общими особенностями этого возраста отмечаются изменчивость настроения, особая сензитивность — чувствительность к оценке другими своей внешности, способностей, умений сочетается с излишней самоуверенностью, чрезмерной критичностью и пренебрежением в отношении суждений взрослых. Тонкая

чувствительность нередко уживается с определенной черствостью, болезненная застенчивость с развязностью, желание быть оцененным с бравоированием своей независимости, борьба с авторитетами и общепринятыми правилами со склонностью к обожевлению случайных кумиров, слепым подражанием. Исследователи указывают на характерный в этом периоде «кризис идентичности» [79], оппозиционную готовность, максимализм в оценках.

В этой связи, очевидно, что психологическая неустойчивость и динамизм подростка создает предпосылки для легкого развития кризисных ситуаций, т.е. обуславливает высокую вероятность суицидального поведения. Выделены и описаны основные психологические особенности, детерминирующие возможную суицидальную активность подростка [78]:

1. Подросток - уже не ребёнок, но ещё и не взрослый. Иногда дверь в мир взрослых грубо захлопывается перед ним самими же значимыми взрослыми, с мотивировкой «ты ещё слишком мал», «нос не дорос».

2. Ребёнок отделяется от родителей и уходит в свой мир — мир сверстников (этот «аторой перерезки пуповины»).

3. Подросток испытывает внутренний конфликт: желанное прощание с детством и его безмятежностью и тяжесть расставания с отсутствием ответственности. Возникающие взрослые экзистенциальные и мировоззренческие вопросы создают ощущение глобальной неразрешимости. Подросток свято верит в уникальность собственных проблем и переживаний, что порождает чувство одиночества и подавленности;

4. Борясь с собственным одиночеством, и осознавая сложность проблем, подросток начинает искать себе подобных. Так образуются молодёжные тусовки и формируется подростковая субкультура в противовес миру взрослых.

5. В молодёжной среде у подростка формируется «мы-концепция». С одной стороны, это именно то, что сплачивает группу: общие цели, интересы, задачи. С другой стороны, мир вокруг распадается на «своих» и «чужих», причём взаимоотношения между этими группами порой резко антагонистичны.

6. Формирование «Мы-концепции» у подростка является мостиком к возникновению в жизни подростка референтной группы или групп.

7. Учебная деятельность и школа перестаёт быть главной и самой важной задачей. Ведущей деятельностью становится интимно-личностное общение со сверстниками.

8. Рост критичности подчас ведёт к полному негативизму. Чаще же всего этот негативизм распространяется только на конфликтные, стрессовые и эмоционально напряжённые для подростка ситуации. Лишь у 20% подростков полностью отсутствуют кризисные проявления негативизма.

9. Характерна направленность поиска на собственную личность, само исследование, самоанализ, чрезмерная чувствительность. Подросток пытается высказаться, пусть даже самому себе (дневники).

10. Начало взрослости осуществляется по внешнему механизму (механизму подражания). Я буду КАК взрослый — игра — копирование внешних качеств, стиля, привычек, манеры поведения, то есть внешней

атрибутики взрослости. В этом смысле особенную значимость приобретает та личность, которая будет являться этим идеалом.

11. Подросток стремится следовать за модой и идеалами, принятыми в молодёжной субкультуре: физические данные, рок и поп музыка и т.д. и отличается подверженностью средствам массовой информации.

Взаимодействие подростка с окружающим миром обуславливает частое возникновение специфических эмоционально значимых событий, далеко не всегда получающих адекватную оценку со стороны взрослых (например, насмешки над внешним видом или неудачами, смерть (суицид) лидера любимой поп-группы, безответная любовь, конфликт с родителями и прочее). Субъективная значимость события определяет развитие состояния психического дискомфорта, а возрастные аффективная неустойчивость, максимализм в суждениях, сенситивность, при отсутствии понимания со стороны взрослых, обуславливают психологический тупик с выраженными затруднениями в поиске социально приемлемого выхода из ситуации психического дискомфорта. Отсутствие последующей психологической поддержки со стороны взрослых способствует фиксации кризисных переживаний, развитию депрессивных переживаний (нередко маскированных поведенческими девиациями) и формированию «порочного круга». Прямым следствием подобной ситуации при определенных личностном складе (тревожность, импульсивность, эмоциональная лабильность) может быть переход в предсуицидальный период и появление паттернов суицидального поведения.

Иными словами, понятие причины суицида в подростковом возрасте приобретает крайне размытый и неконкретный характер. Теоретически любое событие, любое непонимание со стороны окружающих, при условии их субъективной значимости, может считаться причиной суицида. Ведущее место среди суицидогенных факторов является неразрешимость кризисной ситуации, чувство одиночества и безысходности.

Возрастные особенности суицидального поведения у подростков могут проявляться в определенной его романтизации (например, если причиной кризисной ситуации явилось самоубийство кумира, то подросток может принять решение «идти до конца», «сохранить верность» и использовать тот же способ самоубийства, что и кумир) — синдром Вертера¹. Другим возрастзависимым штрихом может являться фантазирование на тему поведения обидчиков в случае его ухода из жизни и своего «поведения после смерти».

Значительно больше отличий имеют в пубертатном периоде парасуициды, в подростковом возрасте необходимо четко отличать демонстративно-шантажные реакции и острые аффективные реакции. Последние чаще всего они совершаются в условиях аффективно суженного сознания, т.е. по механизмам импульсивной реализации (интрапунитивные аффективные реакция по А.Е.Личко), что резко повышает вероятность нанесения себе

тяжких телесных повреждений и вероятность незапланированного фатального исхода.

Во-вторых, даже в случае демонстративно-шантажных поступков, возрастная слабость контроля интенсивных эмоциональных реакций также определяет большую вероятность развития незапланированного фатального исхода в определенной ситуации (угрозы выпрыгнуть из окна и т.п.).

Таким образом, психологические особенности юношеского возраста характеризуются особой уязвимостью к психосоциальным стрессорам, которые, наслаиваясь на почву низких адаптационных способностей и слабых копинг-механизмов, приводят к развитию депрессии, чувства безнадежности и суицидальному поведению.

3 Суицид, как расстройство адаптации в условиях воинской службы

Под адаптацией человека понимают сложный социально-биологический процесс его приспособления как индивидуума к новым условиям существования [80]. Современные условия военной службы, сопряженные с большими физическими нагрузками и психическим напряжением, способствуют развитию дезадаптационных нарушений у военнослужащих, повышающих риск суицидального поведения [81].

Применительно к условиям воинской службы используется термин «*военно-профессиональная адаптация*» - приспособление человека к новой социальной среде, военной технике и специфическим условиям военного труда и быта, включая установление иерархических неформальных взаимоотношений членов «малых» групп (отделение, расчет, взвод и т.д.), соответствие военной специальности индивидуально-психологическим качествам, профессионально-трудовым навыкам и интересам новобранца, становление его личностных качеств в процессе службы [82].

По данным Международной научно-практической конференции (1991) среди причин самоубийства военнослужащих срочной службы в армии 19% связано с трудностями адаптации к условиям военной службы. Определением факторов суицидального риска при дезадаптации и установлением зависимости психической адаптации от индивидуально-психологических особенностей военнослужащих занимались отечественные ученые Л.Ю. Беспалова [83], С.А. Нурмагамбетова [84] и др.

Л.Ю. Беспалова (2001) [83], изучив депрессивные реакции у военнослужащих срочной службы в период адаптации в армейской службе, отмечает, что в этот период военнослужащие сталкиваются с особыми социально-психологическими условиями, складывающимися на основе как уставных, так и неуставных отношений. Резко меняющегося стереотипа жизни, что нередко приводит к развитию транзиторно протекающих аффективных расстройств с суицидальными тенденциями. Материалы диссертационного исследования были основаны на изучении 101 случая пациентов с острыми и пролонгированными депрессивными реакциями адаптации, из них 57 (56,4%),

военнослужащие срочной службы, проходившие обследование и лечение в психиатрическом отделении военного госпиталя и 44 (43,6%) – больные отделением неврозов Республиканской клинической психиатрической больницы в период с 1998г. по 2001г.

В процессе исследования установлено, что острые депрессивные реакции адаптации (ОДРА) при однотипном характере социально-психологического стресса у военнослужащих срочной службы (неуставные взаимоотношения) наиболее часто возникали в первые 2-6 месяцев службы. В формировании ОДРА значительную роль играли предрасполагающие факторы, предшествовавшие развитию депрессивных расстройств в виде полиморфных невротических симптомов (боязнь темноты, высоты, одиночества, заикание, энурез), имевшие место в детско-подростковом возрасте у 27 (47,3%) обследованных пациентов. В происхождении невротических симптомов определенную роль играли условия воспитания и неблагоприятный психологический климат в семье, связанный с алкоголизацией родителей (24%) и воспитанием в неполных семьях (31,6%). Обращалось внимание на частоту черепно-мозговых травм (ЧМТ) бытового характера, полученных обследованными в детском и подростковом возрасте (56,1%), у значительной части которых (40,3%) в дальнейшем формировалась резидуально-органическая недостаточность (РОН), оказавшая в последующем заметное влияние на формирование депрессивных реакций адаптации (ДРА), а также на раннее употребление психоактивных веществ (35%).

Клиническая неоднородность проявлений **острых депрессивных реакций адаптации (ОДРА)** позволила автору выделить три их варианта: 1) с невротоподобными расстройствами, 2) с ипохондрическими включениями, 3) с тревожным компонентом.

ОДРА с невротоподобными расстройствами были наиболее частой формой депрессивной реакции и наблюдались у 50,8% обследованных. Начальные астенические и соматовегетативные симптомы отчетливо выступали уже на 2-4 месяце службы. Военнослужащие жаловались на утомляемость, усталость, нарушение сна с наплывами ярких воспоминаний при засыпании о доме. Воспринимались только негативные стороны новой жизни, и это усиливало тоску по дому. В условиях продолжающейся психотравмирующей ситуации стремительно нарастала тревога, чувство безысходности, мысли о своей несостоятельности, неспособности изменить ситуацию. У 65,5% этих лиц подавленное настроение сопровождалось упорными суицидальными мыслями. Суицидальные попытки отмечались у 58,6% обследованных, у которых они были достаточно серьезными: 64,7% - самопорезы, 35,2% - самоповешение.

ОДРА с ипохондрическими включениями наблюдались у 29,8% военнослужащих. До призыва в армию у 88,2% этих военнослужащих наблюдались слабо выраженные церебростенические симптомы, которые резко усилились в первые 2-3 месяца службы. Их жалобы в виде алгических симптомов сопровождалась повышенной фиксацией внимания на этих телесных ощущениях. Отмечалась утрированная озабоченность своим

физическим здоровьем, стремление обратить внимание врачей и командиров на свои страдания, поиск помощи и защиты. Такие психосоматические расстройства в дебюте болезни возникали вследствие конфликта между собственными желаниями и внешними установками. Повторные стрессовые факторы в виде неуставных отношений способствовали видоизмененно симптоматике предболезненного этапа, развертыванию депрессивного аффекта с суицидальными мыслями. Нарастали тревога за своё будущее, чувство страха, постоянное ожидание агрессивных действий со стороны «старослужащих». Возникали мысли о своей несостоятельности, «беспомощности», мрачные прогнозы на будущее, чувство безысходности, которые существенно влияли на формирование суицидального поведения. У 23,5% обследуемых суицидальная попытка была в форме самоповешения, у 29,4% солдат – в виде самопорезов. У них чаще выявлялись признаки резидуально-органической недостаточности, и суицидальные попытки носили импульсивный характер.

ОДРА с тревожным компонентом наблюдались у 19,3% обследованных, которые обнаруживали явные тревожно-мнительные черты характера. Усиление тревоги в первые 2-3 месяца службы можно было расценить как декомпенсацию преморбидных акцентуированных черт характера. Эти военнослужащие тяжело переносили физическую и психическую нагрузки, у них легко возникали истощаемость, нарушения сна, немотивированная эмоциональная лабильность со слезливостью, тревогой. Самовольные уходы из части (63,6%) они объясняли тревогой за домашних, «невыносимостью казарменной обстановки». Продолжающаяся психотравмирующая обстановка, связанная с неуставными отношениями, стала причиной формирования суицидальных мыслей у 54,5% военнослужащих с тревожной депрессией.

В возникновении **продолгованных депрессивных реакций с нарушением адаптации (ПДРА)** существенное значение имели затяжные, социально значимые для личности стрессовые ситуации, при этом определенную роль в их развитии играли такие предрасполагающие факторы как: астенизация соматического характера, возраст, пол, акцентуации и расстройства личности (психопатии). Выделены три их варианта: простые формы (дистимические) и структурно-сложные варианты с эндоформной и эндоформной картиной. Суицидальное поведение у этой категории обследованных наблюдалось в 29,4% случаев.

В результате клинико-динамического наблюдения установлено, что при лечении острых и продолгованных депрессивных реакций адаптации эффективным является интегративный подход, предусматривающий дифференцированную и интенсивную психофармакотерапию в сочетании с психотерапией и реабилитационными мероприятиями.

Проявления психической дезадаптации в условиях воинской службы в форме пограничных психических нарушений изучались и проф. С.А. Нурмагамбетовой (2002) [84]. В основу работы были положены результаты безвыборочного обследования 531 военнослужащего с психическими и поведенческими расстройствами, возникшими в период срочной военной

службы, которые были госпитализированы в психиатрический стационар в период с 1996г. по 2000г. (основная группа). Для сравнения были обследованы 200 военнослужащих (контрольная группа), проходивших службу в тех же воинских частях и в те же сроки, что и военнослужащие основной группы.

При клинико-психопатологическом обследовании военнослужащих, госпитализированных в психиатрический стационар, были выявлены следующие психические расстройства: органические психические расстройства (F00-F09) – 5,5%; психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19) – 2,8%; шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29) – 0,9%; аффективные расстройства (F30-F39) – 0,4%; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F49) – 71,2%; расстройства личности (F60-F69) – 6,2%; умственная отсталость (F70-F79) – 12,6%; эпилепсия (G40) – 0,4%. Из них к пограничной психической патологии были отнесены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F49) и расстройства личности (F60-F69).

В результате проведенных исследований автором установлено, что формирование пограничных психических нарушений в условиях воинской службы происходит под влиянием комплекса биологических, индивидуально-психологических, средовых факторов, взаимодействующих в разном соотношении и в разной степени в зависимости от длительности действия стрессора, определяющих в дальнейшем качество и уровень социального функционирования.

Длительная психотравмирующая ситуация (служба в армии), по мнению автора, на начальных этапах является основным стрессогенным фактором, который в последующем, вкупе с дополнительными психотравмирующими влияниями оказывает глубокое дезадаптирующее влияние на личность. Разные механизмы возникновения и развития пограничных психических нарушений, детерминированные продолжительностью действия стрессора, приводят к формированию различных клинических форм пограничной психической патологии и вектора направленности агрессии у военнослужащих.

Установлено, что в 1-м периоде службы (0-6 месяцев) развитие пограничных психических нарушений обусловлено сочетанным влиянием факторов, из которых наибольшее значение имеют генетические и биологические во взаимодействии с психастеническими, астеноневротическими, сенситивными личностными особенностями. Клинически пограничная психическая патология проявляется в основном в форме соматоформной вегетативной дисфункции, кратковременной депрессивной реакции, которые следует расценивать как «периферийное» реагирование на действие стрессора.

Во 2-м периоде службы (7-10 месяцев) степень влияния физиологических факторов несколько уменьшается. Средовые факторы, взаимодействуя с личностными особенностями (шизоидные, циклоидные, истероидные черты), в большей степени затрагивают и активизируют процессы начальной,

поверхностной личностной дезорганизации в виде тревожно-депрессивных и диссоциативных дисстройств. Что представляет собой более глубокий уровень реагирования.

В 3-м периоде (13-18 месяцев) дезадаптационное влияние физиологических факторов практически отсутствует, на первый план выступают расстройства, обусловленные глубокой личностной дезорганизацией в форме более выраженных эмоциональных и поведенческих (диссоциальных) нарушений, особенно у лиц с неустойчивыми, лабильными, гипертимными, эпилептоидными чертами характера.

В 4-м периоде (19-24 месяца) основной стрессор, усугубляясь действием дополнительных психотравм, затрагивает глубокие личностные структуры, что приводит к формированию поведенческих расстройств.

Полученные в результате проведенного исследования данные позволили автору научно обосновать вывод о том, что на ранних этапах действия стрессор затрагивает более поздние в филогенетическом отношении личностные образования (самопрятие и самооценку), что приводит к формированию соматоформных и тревожно-депрессивных расстройств, при этом вектор агрессивности имеет интрапсихическую направленность, что определяет высокий суицидальный риск.

Наиболее суицидально опасным являлся первый период срочной службы. Формирование кратковременных депрессивных реакций отмечалось практически с первых дней пребывания в части и, как правило, начиналось со снижения способности к сосредоточению, повышенной утомляемости, неуверенности в себе, появления мыслей о том, что не смогут служить как, другие, ограничение контактов, не свойственное в допризывном периоде. Такие проявления нередко приводили к тому, что командиры расценивали военнослужащих как неспособных, с «умственной недостаточностью». Но в дальнейшем на первый план выступали пониженное настроение, нарушения сна, снижение аппетита, пессимистические оценки в отношении перспектив военной службы, нередко присоединялись идеи самоуничтожения («нижечемный», «не могу служить, как все» и т.п.). В 51% случаев у военнослужащих с кратковременными депрессивными реакциями отмечалось аутоагрессивное поведение, у 34,4% оно ограничивалось суицидальными высказываниями.

Аутоагрессивные действия (ААД) рассматривались автором в рамках кратковременных депрессивных реакций (КДР) как транзиторные состояния с несколькими типами механизма развития.

Первый тип ААД (55,1%) связан с переживанием психотравмирующей ситуации сквозь призму собственной несостоятельности, неспособности найти выход из сложившихся обстоятельства, желанием уйти из психотравмирующей ситуации, низкой самооценки, характеризовался отсутствием позитивных вариантов решения проблемы, её субъективной «тупиковостью». Совершались ААД с подобным механизмом на высоте аффективного переживания. Наиболее частый способ ААД – самоповешение, реже – самоповреждения.

Пресуицидальный период отличался некоторой длительностью. В постсуицидальном периоде были характерны переживания вины, стыда, раскаяния. Наиболее часто данный механизм был сопряжен с такими личностными особенностями, как конформный, сенситивно-шизоидный (на уровне акцентуаций).

Второй тип ААД (24,5%) развивался по механизму «немедленного изменения ситуации любым путём», но при этом не ставилось целью истинное лишение себя жизни. Аутоагрессивные действия становились «стоп-краном», который, по мнению обследованных, мог «перекрыть» неблагоприятную ситуацию. Пресуицидальный период длился от нескольких минут до нескольких часов. Часто встречающийся тип личности – истероидный, возбудимый.

Третий тип ААД (20,4%) совершался военнослужащими, воспринимавшими себя в роли «жертвы», и тесно был связан с намерением «отомстить обидчикам», что бы они «понесли наказание» за совершенную парасуицидальную попытку. Длительность пресуицидального периода составляла от нескольких часов до нескольких дней, был четко выражен рациональный компонент намерения. Наиболее распространенный тип личности при данном типе ААД – эпилептоидный.

Для второго и третьего типа ААД предпочтительными способами аутоагрессии были самоповреждения, чаще без каких-либо серьезных последствий. В некоторых случаях, когда ситуация после совершенных ААД последних двух типов не менялась, отмечена стереотипизация подобного варианта поведения и повторы аутоагрессивных действий.

Длительно действующий стрессор вовлекает в дезадаптационный механизм ранние в филогенетическом отношении личностные образования. Что проявляется в развитии более грубых аффективных (в виде гнева, нетерпимости) расстройств и поведенческих, чаще асоциальных, нарушений, и агрессивность приобретает экстрапсихическую направленность, т.е. на окружающих, что существенно снижает суицидальный риск.

Также установлено, что дезадаптационные механизмы формируются задолго до действия стрессогенного фактора. В период становления личности. Роль биологических факторов в формировании пограничных психических нарушений в рамках психической дезадаптации, неоднородна и неоднозначна на разных этапах действия стрессора. Наибольшее влияние на возникновение пограничных психических нарушений на ранних этапах срочной службы. Наряду с ранним церебральным резидуально-органическим поражением, оказывают перенесенные в среднем и позднем детском и подростковом возрасте соматические заболевания. Для возникновения пограничных психических нарушений при более длительном действии стрессора наибольшее значение имеют ранние церебральные резидуально-органические состояния, возникшие развития, и, как следствие, нарушения процесса социализации личности.

Изучение особенностей личности военнослужащих показало, что наибольшее значение для развития пограничных психических нарушений на ранних этапах срочной службы имеют акцентуации характера астенического круга, а на поздних этапах – акцентуации возбудимого круга.

Таким образом, механизм формирования пограничных психических нарушений у военнослужащих срочной службы носит многоуровневый и многофакторный характер, что требует комплексного и дифференцированного подхода к вопросам профилактики и лечения данных расстройств на разных этапах срочной службы.

4 Механизмы формирования суицидального поведения у военнослужащих и меры профилактики

Согласно определению А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [34], «суицидальная попытка – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью». В динамике социально-психологической дезадаптации, ведущей к суициду авторы выделяют две фазы: предрасположенную и суицидальную.

Предрасположенная фаза не сопровождается суицидальным поведением, она характеризуется снижением личностной устойчивости к неудачам и жизненным потерям, раскрывает механизм кумуляции их психотравмирующего влияния на психику суицидента. Выявление признаков углубления социально-психологической дезадаптации личности в предрасположенной фазе с развитием кумулятивного механизма особенно значимо при систематическом унижении человеческого достоинства, сам характер действия которого является глубоко кумулятивным.

В случае завершения суицида, сведения, необходимые для проведения психологического анализа внутриличностной дезадаптации могут быть почерпнуты из медицинской и психологической документации об умершем, а также показаний близких ему лиц. В этом плане важными являются сведения о его низкой самооценке, низком мнении о своих возможностях, склонности к самопоричанию, восприятию окружающего как непреодолимого стечения обстоятельств.

Суицидальная фаза начинается с момента зарождения суицидальных тенденций и продолжается вплоть до завершённого суицида, условно разделяется на **пресуицидальный** и **суицидальный периоды**. Для пресуицидального периода характерны антивитальные переживания, которые могут быть выявлены в сведениях о предшествовавших суициду высказываниях типа: «жизнь тягостна», «жить не стоит», «не живёшь, а существуешь» и т.п., отражающих отрицание позитивного смысла жизни. Переход к внешней суицидальной активности знаменует начало суицидального периода. Продолжительность пресуицидального периода (от возникновения суицидальных мыслей до попытки их реализации) может исчисляться минутами или месяцами, что зависит от степени аффективной охваченности

суицидента. По этому качеству все суициды подразделяются на два основных типа:

1) **Аффективные суициды** характеризуются остротой и напряжённостью внутренних эмоциональных переживаний, охваченностью ими, импульсивностью принятия решения, быстротой перехода к суицидальным действиям.

2) **Рациональные суициды** – результат длительной внутренней переработки, осознанного решения уйти из жизни, выношенного намерения, последовательной реализации продуманного плана, учёта обстоятельств, нередко с принятием мер, исключающих оказание помощи, оставление записок, реабилитирующих близких. Этот тип суицида чаще имеет завершённый характер. При рецидивирующем суицидальном поведении он обычно завершает его.

Основополагающим принципом анализа обстоятельств, определяющих мотивы суицида, является **двудвиное рассмотрение личности и ситуации**. Суицидальное поведение, как правило, связано с развитием тяжёлой **конфликтной ситуации**, нередко имеющей характер невыносимой психической травмы. Самыми суицидоопасными, по данным А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [34], являются конфликты в личной и семейной сферах. Содержание конфликтной ситуации чаще всего составляет несправедливость, оскорбления и унижения со стороны родственников и окружающих, одиночество, социальное отвержение и изоляция, тяжёлая болезнь и смерть близких, потеря иных значимых лиц, их неблагоприятные поступки, неудачная любовь, супружеская измена, потеря сексуального партнёра, половая несостоятельность и т.п. Существует определённая возрастная избирательность к травмирующему влиянию конфликтной обстановки. Для лиц среднего возраста наиболее травмирующими являются семейные конфликты, для пожилых людей – потеря близких, для подростков – несправедливость, для юношей – несчастная любовь. Особый представляют конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента. К ним относятся ситуации неизбежной ответственности, предстоящего позора, тяжёлых карательных санкций, отвержения значимыми лицами и т.п.

Фундаментальной категорией анализа следует считать **позицию личности**, вытекающую из особенностей её осмысления ситуации конфликта и своего места в нём. «Пронгрышную» позицию личности характеризуют следующие 6 признаков [85]:

1. **Фиксированность позиции**. Субъект не в состоянии изменить образ ситуации, особенно манипулировать его элементами в пространственно-временных координатах.

2. **Вовлечённость**, т.е. неспособность отстраниться от конфликтной ситуации, дистанцировать её.

3. **Сужение смыслового поля сознания и самосознания** за счёт ограничения представлений о собственных ресурсах и возможностях, а также за счёт нарастающей изоляции от окружающих.

4. *Изолированность и замкнутость позиции*, отчуждение личности, утрата связи с референтными группами, нарушение социальной идентификации.

5. *Пассивность позиции*. Представляя себе активно направленные на него воздействия участников конфликта, субъект не может противопоставить им конструктивные тактики поведения (нападение, защиту, уход и т.п.) в связи со снижением побудительной привлекательности ценностей, нормативными барьерами, недостаточной актуализацией знаний и опыта.

6. *Сужение (неразвитость) и инвариантность временной перспективы*. В смысловом образе ситуации отсутствует позитивное будущее, надежда. Будущее представляется только как продолжение или усугубление валичной тяжёлой ситуации.

Прогризовая позиция личности — относительно устойчивое мотивационное образование, определяющее высокую внутреннюю потенцию, риск совершения суицида. Вышеописанные особенности личностных переживаний наиболее полно раскрываются в дневниках, интимных письмах, записных книжках, продуктах творчества, записках, вырезках и выписках из литературных произведений, тематике выделяемых текстов, доверительных беседах с близкими людьми, оговорках, неожиданных комментариев и т.п..

Для определения актуальной суицидогенности психического состояния, вызванного психологически значимыми травмирующими воздействиями, принципиальное значение имеет определение смыслового содержания предсмертно-суицидального поведения суицидента, выяснение его личностного значения (смысла самоубийства).

Тихоненко В.А. [85] выделены 5 основных типов личностных смыслов (мотивов) самоубийств. Их диагностика позволяет установить главную психологическую причину суицидального выбора личности, делает возможным выявить ведущее отношение в полимотивированном суицидальном поведении, что создаёт основу для достаточно определённого вывода о его детерминации. Эти типы следующие:

1. *Протест*. Смысл суицида выражает последнее возражение, несогласие со сложившимися обстоятельствами, условиями существования. Чаще всего это пассивная конфронтация, бессильная непримиримость с ситуацией, своего рода вызов и упрек окружению (социуму) за несправедливость или (и) неприемлемое отношение (равнодушие, жестокость, отвержение и т.п.).

2. *Призыв*. Смысл суицидального поведения в этих случаях состоит в активации реакции окружающих для изменения ситуации в желательную сторону, привлечении общественного внимания к тяжёлым или (и) несправедливым личным обстоятельствам, в самореабилитации, формировании посмертного сочувствия к себе, изменения на позитивное неблагоприятного мнения о себе, вызова сострадания, раскаяния у окружающих.

3. *Избегание*. Смысл суицидального поведения заключается в устранении себя от непереносимой угрозы своему существованию как личности,

социальному и биологическому индивиду, от ожидаемых неизбежных мук, потерь, физических и душевных страданий.

4. *Самонаказание*. Смысл суицидов такого рода имеет разные оттенки — «уничтожение в себе врага» или «искупление вины». Их общая содержательная формула: «Никогда не прощу себе».

5. *Отказ*. Смыслом суицидального поведения является полная капитуляция перед обстоятельствами, отказ от существования в невыносимой ситуации, нередко с глобальным переосмыслением отношения к миру как к источнику всяческого зла.

По данным Слуцкого А.С. и Занадворова М.С. [86] прослеживается определённая возрастная избирательность описанных типов. В молодом возрасте (от 18 до 30 лет) отмечается преобладание смыслов протеста и призыва, которые нередко выступают в сочетании. После 45 лет предпочтительными становятся суициды со смыслами избегания, самонаказания и отказа.

В целях изучения механизмов формирования мотивации суицидального поведения военнослужащих сотрудниками Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК совместно с представителями Центра судебной медицины МО РК были проанализированы результаты 29 посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСПЭ) по делам о самоубийстве военнослужащих: 2 случая суицида служащих офицерского состава (огнестрельные ранения), в остальных случаях — суициды рядовых (25 — повешение, 1 — падение с высоты 5-го этажа, 1 — огнестрельное ранение) [87].

Анализ экспертной практики позволил выделить три основные группы механизмов суицидального поведения у военнослужащих, имеющие различное экспертное значение (в 4-х случаях по представленным материалам установить причины и мотивы суицида не представлялось возможным).

1. *Ситуационные механизмы суицидального поведения*, выявлялись в подавляющем большинстве случаев (19 случаев — 65,5%), когда конфликт имел внешний, реальный характер и подтверждался объективными сведениями из материалов уголовного дела. Чаще всего (14 случаев) конфликтная ситуация, выражавшаяся в систематическом моральном и физическом унижении чести и достоинства личности потерпевших, приводила к накоплению и кумуляции отрицательных эмоций и постепенно приобретала кризисный характер. Суицидальное решение в подобных случаях приходило внезапно, на фоне аффективной реакции, развивающейся после очередного факта физического насилия или реальной угрозы. Пресуицидальный период, как правило, был кратковременным, от нескольких часов до 1-2 суток, а суицидальный акт можно было квалифицировать как «аффективный суицид». Реже (3 случая) ситуационные мотивы были обусловлены стремлением избежать ответственности за совершенные проступки по механизму «избегания наказания, позора» (уличение в краже, денежные долги, угроза привлечения к уголовной ответственности и т.п.), а также семейными конфликтами (2 случая).

Из индивидуально-психологических особенностей у суицидентов данной группы выявлялись такие черты характера как прямота, бескомпромиссность, повышенная требовательность к себе и окружающим, целеустремленность, ответственность, исполнительность, сочетающиеся с возрастной личностной незрелостью, уязвимостью, недостаточной сформированностью конструктивных выходов из субъективно-сложных конфликтных ситуаций. В условиях психотравмирующей ситуации оскорбления, унижения человеческого достоинства, систематического жестокого обращения, насилия со стороны обвиняемых у потерпевших наблюдался широкий спектр аффективных и личностных реакций в форме обиды, тревожности, страха перед будущим, безнадежности, безысходности. В клиническом плане выявлялись признаки психогенной невротической депрессии. Непосредственные мотивы суицидов формировались по типу «протеста», «призыва», «избежания» физических и духовных страданий, угроза которых звучала в высказываниях обвиняемых. В рассматриваемых случаях ситуационные факторы суицидального риска явно преобладали над личностными в формировании мотивов суицидов потерпевших, выявляя объективные признаки наличия прямой причинно-следственной связи между действиями обвиняемых и суицидами потерпевших.

2. *Личностные механизмы суицидального поведения* выявлялись реже (5 случаев – 17,2%), когда конфликт в большей степени имел внутренний реальный характер. Объективные признаки какого-либо внешнего конфликта с окружающими в ряде случаев выявить не удавалось, а в некоторых случаях конфликтная ситуация с сослуживцами имела не решающее, а провоцирующее значение в формировании мотивов суицида. Пресуицидальный период в рассматриваемых случаях был более продолжительным и сопровождался внутренней переработкой с формированием осознанного решения уйти из жизни по мотивам «самонаказания», «отказа» и мог быть квалифицирован, как «рациональный суицид».

Индивидуально-психологические особенности этих лиц характеризовались как возрастными особенностями психики людей призывного возраста (18-20 лет), выражавшимися в чрезмерной чувствительности, ранимости, категоричности суждений и полюсной оценке событий, отсутствии жизненного опыта, социальной зрелости, наработанных вариантов выхода из трудных ситуаций, так и некоторыми специфическими чертами характера. Им были присущи такие качества как неадекватная внутренним возможностям самооценка, сочетающаяся с высоким чувством долга и ответственности, максимализм, категоричность и поверхностность оценок и суждений, идеализация межличностных взаимоотношений, высокая чувствительность к внешним оценкам своих поступков, несформированность адаптивных механизмов психологической защиты. Внутренний конфликт по своему содержанию отражал имеющиеся противоречия между завышенными потребностями и реальными возможностями, наличие неустраняемых обстоятельств, препятствующих реализации личностно значимых потребностей с убежденностью в неразрешимости своих проблем.

Выявление личностных механизмов суицидальных действий у потерпевших по уголовным делам о доведении до самоубийства, в случае наличия предшествовавшей конфликтной ситуации потерпевшего с предполагаемыми обвиняемыми, позволял сделать вывод о том, что данная конфликтная ситуация в мотивах суицида имела не решающее, а лишь провоцирующее значение, что имело юридическое значение в определении степени виновности обвиняемых в доведении потерпевшего до самоубийства.

3. *Психопатологические механизмы суицидального поведения* выявляются у военнослужащих редко и в проанализированных случаях представлены одним исследованием. Это обстоятельство вполне объяснимо тем, что в армию призываются только психически здоровые лица и вероятность выявления хронического психического заболевания среди военнослужащих крайне мала, но в тоже время определенный риск развития острого психического расстройства в период прохождения службы всё же остаётся. В данном случае у суицидента в период службы в армии развился первый в его жизни (манифестный) приступ шизообразной шизофрении, диагностировать который стало возможным только благодаря оставленной суицидентом посмертной записке, достаточно полно отражавшей его болезненные переживания. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертная комиссия пришла к заключению, что военнослужащий срочной службы покончил жизнь самоубийством через самоповешение, находясь в остром болезненном состоянии по мотивам, связанным с психотическими расстройствами, где галлюцинозно-параноидный синдром (синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо) проявлялся в бредовых идеях преследования, физического воздействия, псевдогаллюцинациях, сенестопатических, идеаторных и моторных автоматизмах, игравших ведущую роль в формировании суицидальной мотивации.

В данном случае психопатологический механизм суицида (продуктивно-психотический) практически полностью исключал вероятность наличия какого-либо внешнего побуждающего к суициду фактора, что позволяло с уверенностью вынести решение об отсутствии каких-либо причинно-следственных связей между действиями предполагаемых обвиняемых и суицидом потерпевшего, т. е. фактически давалась юридическая констатация отсутствия состава преступления.

Таким образом, проведенный анализ посмертных КСППЭ показал, что выявление и квалификация механизмов суицидальных действий позволяет не только правильно установить наличие или отсутствие причинно-следственной связи между действиями предполагаемых обвиняемых и суицидом потерпевшего, но и даёт возможность квалифицировать степень вины участников уголовного процесса.

Несмотря на то, что в представленных случаях 65,5% составили завершенные суициды, связанные с конфликтными ситуациями, преимущественно обусловленными неустанными взаимоотношениями В.В. Костян и А.А. Хамидов [88] на основании проведенного ими анализа

суицидальных происшествий среди военнослужащих на Камчатке с 1981г. по 2006г. пришли к выводу, что нет оснований говорить о постоянном росте количества суицидов по поводу неуставных взаимоотношений. Авторы в качестве основных направлений профилактики суицидальных происшествий в войсках предлагают следующие: психологическая и физическая подготовка призывников к службе в армии; усиление контроля за повседневной жизнью и деятельностью военнослужащих, более качественное проведение воспитательной работы, борьба с бытовым пьянством и алкоголизмом.

Предлагаются инновационные технологии профилактики суицидального поведения военнослужащих и за рубежом. Так, в войсках США в этих целях используются современные аудио- и видеотехнологии, компьютерные программы и интерактивные игры. К программам профилактики суицидального поведения в войсках привлекаются известные в США киноактеры и звезды шоу-бизнеса, люди, пережившие попытку суицида. На федеральном уровне принимаются законодательные акты, направленные на улучшение психического здоровья военнослужащих [89].

В качестве перспективных методов адаптации воинов к условиям воинской службы и профилактики суицидального поведения М.В. Махнёв и А.В. Махнёв А.В. [82]:

- 1) 3-4-местное их размещение;
- 2) усиленное питание впервые 3-5 мес. с добавлением витаминов и адаптогенов;
- 3) отмена предохранительных прививок, кроме экстренных, в первые 6 месяцев службы; все прививки должны быть завершены за 2-3 месяца до призыва на военную службу;
- 4) дифференцированный подход к физической подготовке новобранцев с учетом состояния их здоровья и физического развития. Постепенное повышение нагрузок при нормальной их переносимости;
- 5) совершенствование системы профессионального отбора – соответствие индивидуально-психологических качеств, профессионально-трудовых навыков и интересов призывника его будущей военной специальности;
- 6) введение иммунологического и психофизиологического паспорта, комплектование «малых» групп военнослужащих (эскадр, расчет, отделение и т.п.) с учетом результатов из психосоциологического обследования и иммунного статуса;
- 7) прохождение военной службы новобранцами, особенно в первые 6 мес. в регионах, сходных по климату с их постоянным местом жительства;
- 8) создание благоприятного социально-психологического климата в коллективе и условий для проведения разнообразного досуга.

Авторы считают, что многие проблемы, связанные с адаптацией военнослужащих, будут решены с переходом на контрактную систему комплектования частей и набором лиц более зрелого возраста – 20 лет и старше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ отечественных и зарубежных литературных данных показал, что упрощенной статистики самоубийств и формальной констатации мотивов суицидального поведения военнослужащих недостаточно для разработки эффективных мероприятий по предупреждению этого негативного явления. Перспективным следует считать дальнейшее изучение механизмов формирования мотивации суицидального поведения военнослужащих с выделением ведущего звена в сложном взаимодействии психопатологических, личностных и ситуационных факторов риска суицида.

Необходимо создать комплексную программу профилактики суицидов в Вооруженных силах РК, основанную на новых достижениях науки с использованием данных, полученных специалистами различных специальностей: военно-врачебной экспертизы, психиатров, медицинских психологов, невропатологов, социологов и др.

Профилактическую работу необходимо начинать с допризывного возраста. Все неблагоприятные факторы (как внешней среды, так и внутренние), предрасполагающие и способствующие формированию суицидального поведения, следует учитывать в индивидуальном подходе к каждому суициденту. С целью выявления лиц, предрасположенных к суицидальному поведению, допризывников должны тщательно обследовать психиатры и психологи. С учетом мнения специалистов, должны формироваться группы повышенного суицидального риска, подлежащие эффективному динамическому наблюдению.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Andreassen A.J., Thoresen S., Mehlum L. Veterans from peacekeeping: evaluation of a follow-up programme. // *Prehospital and Disaster Medicine* - 2002 - Vol. 17. - P. 7.
2. Fairbrother G., Stuber J., Galea S., Fleischman A.R., Pfefferbaum B. Posttraumatic stress reactions in New York City children after the September 11 < 2001 terrorists attacks. // *Ambulatory Pediatrics* - 2003. - V. 3. - P. 304-311.
3. Freedenthal S., Stiffman A. Suicidal behavior in urban American Indian adolescents: a comparison with reservation youth in a southwestern state. // *Suicide Life Threat. Behav.* - 2004. - V. 34. - P. 160-171.
4. Амбрумова А.Г. Суицидология, как дисциплинарная наука. // Клинико-психологические, социальные и правовые проблемы суицидального поведения. - М., 1974. - С. 12-13.
5. Прокопенко А.И., Сизиков М.В. Клинико-катамнестическое исследование лиц, страдающих психопатиями // Психиатрические и наркологические аспекты профилактической и лечебно-оздоровительной работы с подростками. - М.: МЗ СССР, 1987. - 61 с.
6. Куликов В.В. Роль военно-врачебной экспертизы в системе мероприятий по сохранению психического здоровья военнослужащих // Проблемы психического здоровья и психофизиологического сопровождения профессиональной деятельности военнослужащих. Информационный сборник № 72-73.
7. Гарнет М.Н. Самоубийства в СССР в 1925 и 1926 г.г. - М., 1926. // В кн.: Антология соц. работы. - Т.2. - М., 1995. - С. 265-281.
8. Лихачев А. Самоубийство в Западной Европе и Европейской России. Опыт сравнительного-статистического исследования. - СПб., 1882. // В кн.: Антология соц. Работы. - Т.2. - М., 1995. - С. 232-253.
9. Фон Аттенгофер - Медико-топографическое описание Петербурга, СПб, 1820. - С.142.
10. Веселовский К. С. - Опыт нравственной статистики России. СПб, 1847. В кн.: Антол. соц. раб. - Т. 2. - М., 1995. - С. 253 - 260.
11. Бехтерев В. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ними. - СПб., 1912. - В кн.: Антология соц. работы. - Т.2., М. - 1995. - С. 253-260.
12. Бруханский Н. П. - О самоубийствах. // Журн. Клиническая медицина. - 1926, № 3 (43). - С. 110-115.
13. Farberow N. Prevention and therapy in crisis // In: *Suicide and attempted suicide*. Nordiske Bokhandels. Forlang. Stockholm. - 1972. - P. 303-316.
14. Амбрумова А.Г., Бородин С.В. Суицидологические исследования в СССР: состояния и проблемы. // Актуальные проблемы суицидологии. Тр.Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. - М. 1981. - Т.92. - с. 6 - 26.
15. Renberg E.S. Perspectives on the suicide problem - from attitudes to completed suicide. - Umea, 1998.

16. Kingkade W.Ward, Arriaga Eduardo E. Mortality in the new independent states: Patterns and impacts. // *Premature Death New Independ. States*. - Washington (D.C.), 1997. - P. 157-183.
17. Middleton N., Gunnell D. Trends in suicide in England and Wales // *British Journal of Psychiatry*. - 2000. - V. 176. - P 595.
18. Phillips M.R., Li X., Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. // *Lancet*. - 2002. - V. 359. - P 835-840.
19. Hawton K. Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice / Centre for Suicide Research, Oxford University, Oxford, UK, 2005. - 369 p.
20. Jenkins R., Kovess V. Evaluation of suicide prevention: A European approach. // *International review of psychiatry*. - 2002. - V. 14, N. 1. - P 34-41.
21. Hart-Hester S., Smith P.O. Suicide in Mississippi - a growing concern. // *J. of the Mississippi State Medical Association*. - 1998. - V. 39, N. 8. - P. 277-281.
22. Weissman M.M. The epidemiology of suicide attempts, 1960-1971. // *Arch. Gen. Psychiat.* - 1974. - V. 30, N. 6. - P. 737-746.
23. Lester D., Yang B. The relationship between divorce, unemployment and female participation in the labor force and suicide rates in Australia and America. // *Aust. NZJ. Psychiatry*. - 1991. - V. 25, № 4. - P. 519-523.
24. Damsbo N, Friberg S. Den suicidal patient. 2. Selvmordsmetoder, diagnoser og sociale forhold. // *Ugeskr-Laeger*. - 1989 Mar 27. - 151(13). - P. 828-32.
25. Rosa K. Spoleczne warunki i warunki prob samobojczych. // *Przegl.Lek.* - 1990. - 47(6). - P. 513-5.
26. Konopacka J. Psychologiczna analiza przyczyn samobojstw dokonywanych przy uzyciu srodkow toksycznych. // *Przegl.Lek.* - 1990. - 47(6). - P. 492-6.
27. Хорошко В.К. Самоубийство детей. // *Российский психиатрический журнал*. - М., 1998. - № 3. - С. 70-80.
28. Лазебник А.И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения детей и подростков в Удмуртии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 25с.
29. Holinger P.C. Adolescent suicide: An epidemiological study of recent trends. // *Amer. J. Psychiatr.* - 1978. - V. 135, N 6. - P. 754-756.
30. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. - М.: Медицина, 2003. - С. 324-332.
31. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в современной России. // Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и решения: Материалы научно-практической конференции. Москва, 16.11.2005г. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. - С. 40-44.
32. Макаров М.А., Киселева Л.М., Макаров В.М., Шаршов А.П. Экстремальные раздражители внешней среды и стрессовые реакции организма. // Актуальные вопросы психиатрии. Сборник научных трудов к 100-летию Семипалатинского областного центра психического здоровья. - Семипалатинск, 1996. - С. 125-128.

33. Кудьярова Г.М. Основные закономерности распространенности психических расстройств в Республике Казахстан (клинико-эпидемиологическое исследование): Дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 2000. - 380с.
34. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. - М., 1980. - 48с.
35. Furtwaengler J.Ph. Some remarks on suicidal behavior of soldiers in the Federal / J.Ph. Furtwaengler // Suicide: Biopsychosocial Approaches; Book of Abstracts. - Athens, 16-19 May 1996. Athens. - 1996. - P.39.
36. Anderson R.M.L. Suicide in the military population / R.M.L. Anderson // Suicide: Biopsychosocial Approaches; Book of Abstracts. - Athens, 16-19 May 1996. Athens. - 1996. - P. 42.
37. Schwabs R. Risk factors and suicide prevention in the Norwegian armed forces / R. Schwabs // Suicide: Biopsychosocial Approaches; Book of Abstracts. - Athens, 16-19 May 1996. Athens. - 1996. - P. 46.
38. Berton M., Le Bozee. Le psychiatre militaire, le deviant et institution // Inform.Psychiat. - 1974. - 50, 2. - P. 105-116.
39. Сихорский И.А. Психологическая борьба с самоубийством в юные годы. - Киев, 1913. - 44с.
40. Wasileski M., Kelly D.A. Characteristics of suicide attempters in a marine recruit population // Milit Med. - 1982. -V. 147, N 10. -P. 818-819; 827-830.
41. Sawyer J.B. An incidence study of military personnel engaging in suicidal behavior // Milit Med. - 1969. -V. 134, N 12. -P. 1440-1444.
42. Prendergast T., Preble M.R., Tennant F.S. Drug use its relation to alcohol, cigarette consumption in the military community of West Germany (drugs, alcohol, cigarettes in military setting) // Intern J Addict. - 1973. - V. 8, N 5. -P.741-754.
43. Pokorny A.D. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study // Arch Gen Psych. - 1983. - V. 40, N 3. -P. 249-257.
44. Rock N.L. Suicide and suicide attempts in the army: A 10-year review // Milit. Med. - 1988. - V. 153, № 2. -P. 67 - 59.
45. Rotberg J.M., Rock N.L., Shaw J., Del Jones K. Suicide in United States Army personnel, 1983 - 1984 // Milit. Med. - 1988. - V. 153, № 2. -P. 61 - 64.
46. Dattel W.E., Jones F.D. Suicide in United States army personnel, 1979-1980 // Milit. Med. - 1982. - V. 147, № 10. - P. 843 - 847.
47. Литвинов С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В., Попих И.Г. Суицидальное поведение военнослужащих, проходящих военную службу по контракту // Военно-медицинский журнал - 2002. - №7 - С. 29-31.
48. Бачериков Н.Е. Анализ реактивных психозов у военнослужащих первого года службы. // Сб. научных работ научного отдела Дальневосточного Военного Округа. - Хабаровск, 1961. - С. 291-295.
49. Солохин А.А. Ситуационные происшествия, их мотивы и профилактика. // Сб. научно-практических работ. - М.: Воениздат, 1968 - Вып. 2. - С. 336-349.
50. Сливях Л.И. Психопатии в условиях военной службы // Самоубийства среди военнослужащих. - Л., 1962. - 34с.
51. Квасенко А.В. Суициды у военнослужащих (психопатологический аспект по материалам мирного времени): Автореф. дис. ... д-ра м. н. - Л., 1969. - 45с.
52. Тлунов С.В. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы: Автореф. дисс. ... к.м.н. - М., 2000. - 21с.
53. Раас Б.К.М. Солдат и армия: заметки голландского врача // Социальная и клиническая психиатрия. - М., 2007. - Т. 17. - №2. - С. 90-93.
54. Christoffel KK, Anzinger NK, Merrill DA. Age-related patterns of violent death, Cook County, Illinois, 1997 through 1982. // Am. J. Dis.Child.- 1989, Dec. 143(12). - P. 1403-9.
55. Barnes R.A, Ennis J, Schober R. Cohort analysis of Ontario suicide rates, 1877-1976. // Can. J. Psychiatry.- 1986, Apr. 31(3).- P. 208-13.
56. Rich CL, Runeson BS. Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. // Acta Psychiatr. Scand. - 1992, Nov, 86(5). - P. 335-9.
57. Smith JC, Mercy JA, Warren CW. Comparison of suicides among Anglos and Hispanics in five southwestern states. // Suicide Life Threat Behav. - 1985 Spring; 15(1). - P. 14-26.
58. Султанов А.А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста. // Тр. Моск. НИИ псих.: Научн. и орг. пробл. суицидолог. - 1983. - С. 94-97.
59. Вроно Е.М. Особенности суицидального поведения детей и подростков и меры его профилактики. // Сб. Моск. НИИ псих.: Пробл. проф. и реабил. в суицидолог. - 1984. - С. 135-142.
60. Guyer B, Lescohier I, Gallagher SS, Hausman A, Azzara CV. Intentional injuries among children and adolescents in Massachusetts. // N. Engl. J. Med. 1989. - Dec 7, 321(23). - P. 1584-9.
61. Dekstra RF. Suicide and attempted suicide: an international perspective. // Acta Psychiatr Scand Suppl.- 1989; 354.- P. 1-24.
62. Konopačka J. Psychologická analýza příčin samobojství dokonyvaných při užívání prostředků toxických. // Przegł. Lek. - 1990, 47(6). - P. 492-6.
63. Johnston DW, Waddell JP. Death and injury patterns, Toronto Subway System 1954-1980. // J.Trauma.- 1984 Jul; 24(7). - P. 619-22.
64. Самохина Т.В. Клиническое и социально-психологическое исследование лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами, совершивших попытку к самоубийству. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Баку, 1983. - 19с.
65. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М., 2000. - № 6. - С. 18-20.
66. Angst J. Epidemiology of depression. // Psychopharm. - 1992. - V. 106. - P.71-74.

67. Rose K., Rosow I. Physics who kill themselves. // Arch. Gen. Psychiat. - 1973. - V. 29, № 6. - P. 800-805.
68. Foster T., Gillespie K., McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. // British Journal of Psychiatry. - 1997. - V. 170. - P. 447-452.
69. Evans J., Middleton N., Gunnell D. Social fragmentation, severe mental illness and suicide. // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. - 2004. - V. 39. - P. 165-170.
70. Згонников П.Т. К особенностям суицидологического исследования больных с депрессивными состояниями различной этиологии. // Инфекционные и сосудистые заболевания головного мозга. - Харьков, 1978. - С. 77-79.
71. Конончук Н.В. Личные и семейные мотивы суицидов. // Тр. Ленингр. НИ психоневрол. института. - Ленинград, 1978. - Т. 86. - С. 128-132.
72. Лазарашвили И.С. Анализ повторных суицидальных действий практически здоровых лиц. // Сб. тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. - М. 1983. - С.114 - 120.
73. Rosenthal P., Rosenthal S. Suicidal behavior by preschool children. // Am. J. Psychiatry. - 1984 Apr, 141(4). - P. 520-525.
74. Clarkin JF, Friedman RC, Hurt SW, Corn R, Aronoff M. Affective and character pathology, of suicidal adolescent and young adult inpatients. // J. Clin. Psychiatry. - 1984 Jan 45(1). - P. 19-22.
75. Fowler RC, Rich CL, Young D. San Diego Suicide Study. II. Substance abuse in young cases. // Arch. Gen. Psychiatry. - 1986 Oct; 43(10). - P. 962-965.
76. Besumont G. Suicide and antidepressant overdosage in general practice. // Br. J. Psychiatry Suppl. - 1989 Oct(6). - P. 27-31.
77. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Изд.2-е. - Л., Медицина, 1985. - 416с.
78. Алтыбеков С.А., Джолдыгулов Г.А., Аширбеков Б.М. Медико-психологические и профилактические аспекты суицидального поведения подростков / Методические рекомендации. - Алматы, 2009. - 25с.
79. Erikson. Identity: youth and crisis. - New York, 1968.
80. Казначеев В.П., Казначеев С.В. Адаптация и конституция человека. - Новосибирск: Наука, 1986. - 119с.
81. Зайцев О.С., Доровских И.В., Ураков С.В., Фисенко И.Н., Карменная К.К. К вопросу о некоторых предикторах дезадаптации у военнослужащих. // Военно-медицинский журнал. - 2000. №9. - С.38-41.
82. Махмудов М.В., Махмудов А.В. Медико-социальные аспекты адаптации военнослужащих. // Военно-медицинский журнал. - 2000. №9. - С.57-64.
83. Беспалова Л.Ю. Депрессивные реакции адаптации (клинико-психопатологические особенности): Автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Алматы, 2001. - 23с.
84. Нурмагамбетова С.А. Пограничные психические нарушения у военнослужащих срочной службы: Автореферат дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 2002. - 37с.

85. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений. // Труды Московского НИИ психиатрии: Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. - С. 59-73.

86. Слуцкий А.С., Зинадворов М.С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психол. журн. - 1992. - Т. 13. - №1. - С. 77-85.

87. Распопова Н.И., Бобряшов А.А. Анализ и экспертная оценка механизмов формирования мотивации суицидального поведения военнослужащих. - Алматы, 2011. - 55с.

88. Костян В.В., Хамидов А.А. Анализ суицидальных происшествий среди военнослужащих на Камчатке. // Военно-медицинский журнал. - 2008. - №4. - С.9-12.

89. Русанов С.Н., Джанаева Ф.В. Новые подходы к профилактике самоубийств в армии США // Военно-медицинский журнал. - 2008. - №6. - С.57-58.