

**МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЕННО-КОСМИЧЕСКИЕ СИЛЫ
Военный инженерно-космический университет
имени А.Ф. Можайского
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова**

П.И. Юнацкевич

**ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА
ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ
НАПРЯЖЕННОСТИ
И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ЛИЧНОГО СОСТАВА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ
ГОСУДАРСТВ-УЧАСТНИКОВ СНГ**

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
2001

УДК 316:61
ББК 56.14
Ю 49

Юнацкевич П.И. Диагностика, коррекция и профилактика хронической психоэмоциональной напряженности и суицидального поведения у личного состава вооруженных сил государств-участников СНГ. – СПб., Министерство обороны РФ, Военно-космические силы, Военный инженерно-космический университет имени А.Ф. Можайского, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2001. – 106 с.

Рецензенты:

Кулганов Владимир Александрович, полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор

Кафедра радиационной, химической и биологической защиты военно-космических сил Военного инженерно-космического университета имени А.Ф. Можайского.

Парцерняк Сергей Александрович, полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор

Кафедра военно-морской госпитальной терапии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова

Автор:

Юнацкевич Петр Иванович, доктор педагогических наук, подполковник медицинской службы, преподаватель медицинского обеспечения военно-космических сил, кафедра радиационной, химической и биологической защиты военно-космических сил Военного инженерно-космического университета имени А.Ф. Можайского.

Контакт для сотрудничества: + 7 921 930-17-42

Утверждено в качестве учебно-методического пособия решением методического совета НИИЛ-4 Военного инженерно-космического университета имени А.Ф. Можайского от 11.05.2001 года.

Методические рекомендации предназначены для органов психологической и идеологической работы, военных психологов, психофизиологов, начальников медицинской службы частей, кабинетов психофизиологической коррекции и врачей центральных поликлиник, госпиталей, санаториев вооруженных сил государств-участников СНГ.

В рекомендациях приведены материалы, позволяющие заинтересованным специалистам проводить комплексную эффективную диагностику, коррекцию и профилактику хронической психоэмоциональной напряженности и посттравматических стрессовых расстройств и суицидального поведения у личного состава ВКС в мирное и в военное время.

Учебно-методическое пособие составлено по результатам НИР № 1.98.160.п10, шифр «Вегетоз-1», Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова.

Предназначено для вооруженных сил государств-участников СНГ и иных армий мира.

Военный инженерно-космический университет имени А.Ф. Можайского
Подписано в печать 20.06.2001. Формат 60х90/8. Объем 14,55 п.л.
Печать офсетная. Бумага 80 г. Тираж 100 экз.
Санкт-Петербург, 2001

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
I. ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ (ХПЭН) И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (ПТСР) У ЛИЧНОГО СОСТАВА ВКС	
1.1. Психологические и психофизиологические аспекты диагностики ХПЭН и ПТСР.....	10
1.2. Лабораторные аспекты диагностики ХПЭН и ПТСР.....	12
1.3. Клинические проявления часто встречающихся форм ХПЭН и ПТСР.....	15
II. КОРРЕКЦИЯ ХПЭН И ПТСР У ЛИЧНОГО СОСТАВА ВКС	
2.1. Психологические методы коррекции ХПЭН и ПТСР.....	33
2.2. Фармакологические средства коррекции ХПЭН и ПТСР	36
2.3. Другие не медикаментозные методы.....	40
III. ПРОФИЛАКТИКА ХПЭН И ПТСР У ЛИЧНОГО СОСТАВА ВКС	
3.1. Социальные меры.....	47
3.2. Организационные мероприятия.....	47
3.3. Военно-профессиональные мероприятия.....	47
3.4. Физиолого-гигиенические мероприятия.....	49
3.5. Профилактический прием фармакологических средств.....	49
IV. ОСНОВЫ СУИЦИДОЛОГИИ.....	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	57
ПРИЛОЖЕНИЯ	
№1. Адаптированный Миссисипский опросник для диагностики боевого ПТСР.....	58
№2. Методика оценки уровня развития адаптационных способностей личности.....	60
№3. Методика проведения индивидуального психологического собеседования с военнослужащими.....	69
№4. Методика психической саморегуляции «Мобилизация-1».....	71
№5. Техника выполнения дыхательных упражнений при гипервентиляционном синдроме.....	75
№6. Тест «СЛ-19».....	76
№ 7. Тест «СР-45».....	78
Краткий словарь основных понятий для учащихся по специальности суицидология.....	81
Задачи по военной суицидологии.....	98

ВВЕДЕНИЕ

О хронической психоэмоциональной напряженности (ХПЭН), посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР), суицидального поведения достаточно много изложено в специальной психологической и психиатрической литературе, соответственно известны взгляды психологов и психиатров на эти проблемы.

В то же время в современной периодической и монографической литературе практически не представлен комплексный подход к диагностике, лечению и профилактике ПТСР (психовегетативных дисфункций) и суицидального поведения у заинтересованных специалистов (терапевтов, невропатологов, психиатров, психологов, общих хирургов, гинекологов, урологов).

Отрывочны и неполны представления о реализации ХПЭН, ПТСР, суицидального поведения в общеклинической практике.

С позиций терапевта следствием ХПЭН, ПТСР, суицидального поведения является возникновение регуляторного сбоя и развитие таких заболеваний, как: дезадаптация, психовегетативные дисфункции по типу нейроциркуляторных дистоний (НЦД), гипервентиляционного синдрома (ГВС), функциональных расстройств желудка (ФРЖ), дискинезий желчевыводящих путей (ДЖВП); пограничные артериальные гипертензии (ПАГ); хронический гастродуоденит (ХГД); неязвенные диспепсии (НЯД); язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и др.

Представители специальностей хирургического направления выделяют следующий спектр патологических состояний:

- общие хирурги (психовегетативные нарушения с иммунодефицитом, реализующимся в виде ранних и отдаленных гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений);
- урологи (психогенные формы импотенции и др.);
- гинекологи (фригидность, вагинозы, дисменореи и т.д.) и др.

Результаты комплексного медицинского, социально-психологического и психофизиологического обследования призывной молодежи показывают, что в современных демографических и социальных условиях контингент лиц, призываемый на военную службу, не обладает достаточными предпосылками для достижения высокого уровня военно-профессиональной подготовленности и работоспособности. Среди призывников 40% лиц характеризуется низким уровнем нервно-психической устойчивости, 28% – недостаточным интеллектуальным развитием, 42% – слабой физической подготовленностью; 53% – курят, 39% – систематически употребляют спиртные напитки, 17% – имеют неустойчивую регуляцию сердечно-сосудистой системы и функциональную недостаточность внешнего дыхания, что является причиной низкой устойчивости к психоэмоциональным стрессовым факторам. При этом показатели пригодности призывников к группам военных специальностей продолжают прогрессивно понижаться. Так, за последние 10 лет уровень общего

интеллектуального развития солдат снизился на 38%, а нервно-психической устойчивости – на 33%.

Типичным для военно-профессиональной деятельности является состояние кратковременного и интенсивного или продолжительного психоэмоционального (аварийного, боевого) стресса. Умеренная его выраженность (психоэмоциональное напряжение) проявляется в виде стартового возбуждения и создает основу для чувства боевого воодушевления и подъема, что обычно сопровождается повышением эффективности военного труда. Однако чрезмерные степени психоэмоционального стресса могут приводить к полной утрате боеспособности и значительным санитарным потерям психоневрологического профиля (реактивные психозы, посттравматические стрессовые расстройства или «военный невроз»). Но еще более весома вследствие возможной массовости, временная и частичная утрата боеспособности или так называемые военно-профессиональные потери, возникающие при острых психоэмоциональных (аффективно-шоковых) реакциях чисто психологического типа, либо при чрезмерной психоэмоциональной напряженности. Так, в критических и экстремальных ситуациях 20% специалистов в сложных видах человеческой деятельности не могут оценить обстановку и принять решение, 10% – принимают неправильные решения, 22% – впадают в ступорозное состояние и бездействуют, 34% – выполняют ненужные действия и усугубляют ситуацию.

Психоэмоциональная напряженность – это пограничное состояние, формирующееся в результате чрезмерного возрастания психоэмоционального напряжения, и характеризующееся временным понижением устойчивости психических и психомоторных функций, выраженными соматовегетативными реакциями и снижением профессиональной работоспособности. Наиболее частой причиной психоэмоциональной напряженности у военнослужащих является многодневное непрерывное несение боевой службы в опасных для жизни и здоровья условиях при невозможности полноценной эмоциональной разрядки и отключения от тревожно-депрессивных переживаний.

Состояние ***хронической психоэмоциональной напряженности*** развивается постепенно. Оно характеризуется длительной (более четырех недель) стойкой активацией основных жизненных функций с нарушением их координации и ритмичности на фоне снижения уровня физиологических резервов, что приводит к истощению организма. Снижение боеспособности проявляется прежде всего при решении сложных, новых задач, требующих творческого подхода, длительного волевого усилия и концентрации внимания. Поведение обычно беспокойное, с избыточной двигательной активностью, неусидчивостью, нетерпеливостью, потребностью двигаться и

мыслить вслух. В сознании преобладает чувство беспричинной тревоги в виде внутренней напряженности, общего дискомфорта, нередко без конкретного психологического содержания. Настроение в начальном периоде слегка повышено, затем стойко снижается. Отмечаются вспыльчивость, раздражительность, обидчивость, повышенная конфликтность, резкие и неоправданные обстоятельствами эмоциональные реакции (слезы, смех). Появляются забывчивость, легкая отвлекаемость внимания. Нарушается процесс засыпания, сон становится поверхностным с неприятными сновидениями, сонливость остается в дневное время. Ощущается отсутствие полноценного отдыха утром (усталость, вялость, разбитость). Такое состояние сопровождается теми или иными соматовегетативными нарушениями: лабильностью пульса и артериального давления; акроцианозом; гипергидрозом; неприятными ощущениями в области сердца в виде учащенного или уряженного сердцебиения, аритмии и чувства «провалов в груди», «замирания» сердца; «игрой» вазомоторов лица и шеи; стойким красным дермографизмом; головными болями; функциональными желудочно-кишечными и мочеполовыми нарушениями. Могут наблюдаться снижение аппетита и уменьшение массы тела. Вследствие существенных изменений обмена веществ снижается неспецифическая сопротивляемость организма к различным заболеваниям. При отсутствии своевременной и полноценной медико-психологической коррекции ХПЭН может легко переходить в нозологические формы невротических, психосоматических, патохарактерологических и психотических расстройств.

Длительно оставаясь в состоянии психоэмоциональной напряженности, человек «бежит от реальности», что проявляется в уклоняющемся, аддитивном (употребление алкоголя или наркотиков), агрессивном и даже суицидальном поведении.

С прекращением воздействия на человека стрессоров экстремальных ситуаций (связанных с витальной угрозой), даже носящих кратковременный характер, восстановление нормального функционального состояния, как правило, растягивается на несколько дней. Однако в ряде случаев нормализации психофизиологического состояния организма военнослужащих не происходит, так как следовые переживания психоэмоционального стресса быстро вытесняются в область неосознаваемых процессов и трансформируются в ***посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)***.

Для ***посттравматических стрессовых расстройств*** характерно наличие в анамнезе психотравмирующего события, выходящего за рамки обычного человеческого опыта. Постоянное возвращение военнослужащего к переживаниям, связанным с психотравмирующим событием, выражающееся в навязчивых неприятных воспоминаниях о пережитом, повторяющихся снах и ночных кошмарах; внезапном восстановлении в памяти отдельных отрывков стрессорного события; вспышках негативных

эмоциональных состояний, спровоцированных событиями, ассоциирующимися с обстоятельствами психотравмирующей ситуации. Устойчивое стремление человека избегать всего, что хотя бы отдаленно напоминало о пережитой ситуации (любых событий, чувств или мыслей, ассоциирующихся с психотравмой); неспособность воспроизвести в памяти основные важнейшие фрагменты психотравмирующих обстоятельств; потеря всякого интереса к активной деятельности, интересовавшей пострадавшего до травмирующих событий; отчуждённость; отсутствие перспективы будущего, ощущение «отсутствия завтрашнего дня». Появление после психотравмирующей ситуации устойчивых симптомов повышенного уровня возбудимости (раздражительность и вспышки гнева по пустякам, конфликтность, невозможность концентрации внимания, сверхбдительность, нарушение сна) и соматовегетативного дисбаланса (лабильность пульса, повышение артериального давления, сосудистые кризы, акроцианоз, гипергидроз, головные боли, неприятные ощущения в области сердца и живота, мочеполовые нарушения). При этом время проявления всех указанных симптомов должно быть не менее месяца после психотравмирующей ситуации. ПТСР способствуют заострению черт характера, деформации стиля поведения в сторону делинквентного, аддитивного и агрессивного что приводит к выраженной социально-психологической дезадаптации.

Для суицидального поведения военнослужащих характерны попытки самоубийства, подготовительное поведение, завершённое самоубийство. Суицидальные мысли относятся к процессам обдумывания, рассмотрения или планирования самоубийства.

Самоубийство - одна из ведущих причин смертности в мире во всех возрастах: 1,5% смертей в мире, или 18 место в ранжире причин смерти, но вторая по частоте причина смертей детей и подростков Европы и США вслед дорожно-транспортным несчастным случаям. На самоубийства приходится 8,5% смертей подростков и молодых 15-29 лет; они же - основная причина их смертей в мире.

Распространённость, мотивация, особенности пре-суицидального состояния отличаются в зависимости от возраста. В детском возрасте суицидальное поведение достаточно редко и, как правило, связано с тяжёлыми психотравмирующими событиями. Основными проявлениями кризисного состояния являются повышенная утомляемость, соматическое недомогание, эмоциональная нестабильность, нарушение сна, аппетита, патологическое фантазирование на тему собственной смерти и похорон. Попытка самоубийства часто оказывается неожиданным событием для близких.

С 12-15 лет развитие суицидальное поведение проходит через стадии оформленного суицидального кризиса. Пик суицидального поведения приходится на возрастную группу 16-19 лет и в большинстве своем связан с манифестацией психических нарушений, в первую очередь, расстройств аффективного спектра. В этой возрастной группе наблюдается

максимальная выраженность актов самоповреждающего поведения в сочетании с девиантным поведением. По данным исследований, для девушек более характерны хронические депрессивные состояния, для молодых людей - острые стрессовые тревожно-дисфорические реакции.

Суицидальное поведение молодых военнослужащих связано с физическими и неврологическими последствиями профессиональной и социальной деформации, неспособности принимать участие в общественно-полезном труде, реализации значимых социальных проектов, подавлением социальной активности. Молодые люди остро чувствуют свою ненужность, что влечет тяжелое социально-экономическое и психологическое бремя, поэтому программы профилактики должны быть направлены на вовлечение молодых людей в общественное развитие, в том числе и строительство вооруженных сил своего государства.

Военнослужащие с суицидальным поведением и их близкие уклоняются от специализированной профессиональной помощи.

Основными мишенями профилактики суицидального поведения в работе с военнослужащими являются следующие.

1. Обучение нравственному правилу «Три С»: не вреди себе (С1), соседям (С2), среде (С3) ни мыслью (М), ни словом (С), ни делом (Д); созидай для себя, соседей, среды мыслью, словом, делом.

$$\frac{C1 + C2 + C3}{M + C + D}$$

2. Выявление и профилактика депрессивных состояний, которые часто маскируются под самоповреждающее поведение.

3. Обучение умению эмоциональной саморегуляции всех военнослужащих.

4. Формирование воинских коллективов, в которых создается нравственная атмосфера взаимовыручки, войскового товарищества, поддержки, взаимопонимания, что устраняет дисгармоничность в отношениях военнослужащих и их командиров и начальников.

5. Развитие у военнослужащих профессиональных и социально-важных качеств, обеспечивающих исключение суицидального поведения в условиях повышенной нагрузки на нервную систему и нестабильность при выполнении учебных и боевых задач.

6. Вовлечение военнослужащих в социальные проекты, направленные на приоритет духовного над материальным в общественных отношениях.

Профилактика суицидального поведения военнослужащих является актуальной проблемой, решение которой возможно при подготовке командиров и начальников, военных психологов и офицеров по идеологической и воспитательной работе по специализации «суицидология».

Среди военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, 20% уже на третьем месяце службы имеют признаки дезадаптации с

хронической психоэмоциональной напряженностью и нуждаются в коррекции функционального состояния организма.

Среди офицеров в период ведения активных действий в аварийной ситуации или бою 80% имеют выраженные признаки психоэмоциональной напряженности и дезадаптации, а после катастрофы или прекращения боевых действий у 42% военнослужащих данной категории отмечаются посттравматические стрессовые нарушения, которые могут продолжаться многие годы и даже десятилетия.

Недостаточное внимание практикующих врачей уделяется роли ХПЭН и ПТСР как факторов способствующих возникновению психовегетативных дисфункций, имеющих выражение на уровне психоэмоциональных расстройств, а также терапевтических, урологических и гинекологических заболеваний. В то же время частота выявления больных с различными формами психовегетативных нарушений, в мирное время составляет – 30-40% от общей численности личного состава Вооруженных Сил; в военное время – 60-80% и более от общей численности личного состава, принимающего участие в военных действиях. Возникновение психовегетативных расстройств различного профиля приводит к снижению работоспособности и боеспособности личного состава вооруженных сил любой армии мира в целом в среднем на 40-50%. Трудности объективизации патологического процесса при многих формах психовегетативных расстройств приводят к тому, что эти больные не получая адекватной своевременной помощи «блуждают по медицинским учреждениям, скитаются от врача к врачу в поисках действенной помощи», оказывают существенное влияние на обращаемость и трудопотери. Неоправдано велики затраты на диагностику и лечение этих больных.

Исходя из интересов повышения боеспособности личного состава вооруженных сил и клинической практики нами разработана и рекомендуется для широкого внедрения методология эффективной диагностики, лечения и профилактики психовегетативных дисфункций, позволяющая сократить объем лабораторных и специальных исследований в 2-3 раза, уменьшить сроки лечения больных с 6-18 месяцев до 1-2 месяцев и приостанавливать рецидивирование заболевания.

Таким образом, низкий уровень здоровья современного молодого пополнения и специфика военной службы определяют необходимость внедрения в практику психологической и медицинской служб комплексного подхода, у заинтересованных специалистов, к диагностике, коррекции и профилактике ХПЭН и ПТСР, суицидального поведения у военных специалистов с целью сохранения здоровья и повышения их боеспособности.

I. ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЧНОГО СОСТАВА

Так как ХПЭН и ПТСР проявляются во всех сферах жизнедеятельности человека, то и подход к диагностике таких состояний должен быть комплексным и включать психологические, психофизиологические, физиологические, иммунологические, клиничко-лабораторные и другие аспекты.

1.2. Психологические и психофизиологические аспекты диагностики ХПЭН и ПТСР

Предрасполагающими для развития ХПЭН и ПТСР являются: эмоциональная неустойчивость; высокий уровень осознаваемого психического напряжения; низкий уровень личностного потенциала социально-психологической адаптации, поведенческой регуляции, коммуникативных качеств и моральной нормативности; наличие в структуре личности в различных сочетаниях таких свойств, как тревожность, фрустрированность, ипохондричность, депрессивность, истеричность, импульсивность, психопатичность, паранояльность, ригидность мышления (шизоидность), эмоциональная чувствительность, мечтательность, подозрительность, склонность к чувству вины, замкнутость, нерешительность, недисциплинированность.

ХПЭН, и тем более ПТСР, способствуют заострению черт характера, грубому искажению манеры поведения (аддитивное, делинквентное) и способов реализации аффективных переживаний вплоть до совершения тяжелых агрессивных и аутоагрессивных актов. Поэтому, в целях получения дополнительной информации о психоэмоциональном состоянии военнослужащих, их потенциале социально-психологической адаптации, личностных свойствах и способах реализации аффективных переживаний, особенно при массовых скрининговых обследованиях, целесообразно использовать психологические методики – стандартизованные личностные опросники, анкеты, шкалы и т.п.

К числу основных методик психологического тестирования военнослужащих относятся: анкета самооценки состояния, шкала самооценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина, многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (тест МЛО), методика выявления девиантного (аддиктивного, делинквентного и суицидального) поведения (тест ДАП-2), адаптированный Миссисипский опросник для диагностики ПТСР (тест ПТСР).

Оценку психического статуса военнослужащих, находящихся в состоянии ХПЭН и у лиц с ПТСР (в виде НЦД, ГВС, ФРЖ, ДЖВП и др.) также возможно проводить с помощью компьютерного автоматизированного рабочего места суицидолога, предназначенного для диагностики отклоняющегося поведения человека (по П.И. Юнацкевичу). В блок тестирования включены разработанные в Военном инженерно-космическом университете имени А.Ф. Можайского и апробированные нами методики: «Потенциал-1», «Потенциал-2», «СЛ-19», «САНТ-30», «ФСР-26», «ХОЛП-124», «ХОЛП-576». Реализованные методики и психофизиологические тесты позволяют выявить суицидальное поведение и определить риск несанкционированных действий, в том числе несанкционированного применения оружия.

Важное место в диагностике характера нарушений психики у лиц с ХПЭН и ПТСР может занять исследования с помощью «программно-аппаратного комплекса СНС» (по Б.С.Фролову), позволяющего самостоятельно (без специалиста и специальной подготовки) и быстро (в реальном времени) провести мониторинг количественное определение уровня свойств психики человека (ее чувствительности, подвижности, эмоциональности, субъективности, адаптивности), их соотношения между собой, степень отклонения душевного состояния от нормы. Комплекс позволяет осуществлять длительный мониторинг контроль за свойствами и состоянием психической деятельности пациента. Особенностью комплекса является то, что свойства психики определяются по результатам непрерывного компьютерного анализа сердечного ритма обследуемого путем сопоставления его данных с данными психически здоровых и разных категорий душевнобольных.

Изменения психологических и психофизиологических показателей у лиц с ПТСР:

- повышение уровня реактивной и личностной тревожности (по методу Спилбергера-Ханина).
- приподнятость профиля ММРІ (МЛО) по шкалам *HS, D, HY, PA, PT, SC, MA*.
- повышение тревожности, стрессогенности, мышечного напряжения, снижение работоспособности, преобладание симпатикотонии (по тесту Люшера).
- снижение «самочувствия», «активности» и «настроения» по тесту АСС.

Оценка характера вегетативного обеспечения функционирования основных жизненно-важных эффекторных систем показывает повышение симпатических влияний при последствиях ХПЭН и ПТСР в виде НЦД, ПАГ, ГБ I ст. и др. и превалирование парасимпатических влияний при – ХГД и ЯБДК.

1.2. Лабораторные аспекты диагностики ХПЭН и ПТСР

Изменение гормональных и медиаторных показателей при ХПЭН и ПТСР

А. Гормональные показатели: повышение содержания Т3 и снижение Т4 в крови; значительное повышение уровня кортизола и 17-ОКС в моче; повышение уровня тестостерона и прогестерона в крови; снижение содержания эстрадиола в крови.

Б. Медиаторные показатели.

1. Нейромедиаторы:

- повышено содержание адреналина, норадреналина и серотонина в крови;

- снижен уровень адреналина в моче.

2. Медиаторы иммунновоспалительных реакций:

- повышено содержание гистамина в крови.

В. Нейропептиды: повышено содержание β -эндорфина в крови.

Некоторые пути ответа гормональной системы на стрессовое воздействие при ХПЭН и ПТСР

1-й путь – гипоталамус-гипофиз-гормоны щитовидной железы (по типу НЦД);

2-й путь – гипоталамус-гипофиз-половые гормоны (на фоне пролонгированного действия малых доз ионизирующих излучений);

3-й путь – гипоталамус-гипофиз-гормоны надпочечников (в результате длительного нахождения лиц в условиях глубоководного гермообъема) и др.

Проявления иммунопатологического процесса с участием иммунных комплексов у лиц с ПТСР

- снижение количества Т-лимфоцитов супрессорной субпопуляции;
- уменьшение содержания С3 компонента комплемента;
- увеличение содержания ЦИК (преимущественно «малых»);
- повышение содержания Ig M, G, A, E;
- угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов;
- снижение уровня свободного фибронектина;
- повышение содержания неспецифических ингибиторов протеаз– α 1-антитрипсина β 2 – макроглобулина;
- увеличение содержания гистамина и серотонина крови.

Вторичный иммунодефицит у лиц с ХПЭН и ПТСП

Проявляется нарушением энергетических возможностей лимфоцитов, в виде снижения в них активности ключевых ферментов основных обменных циклов:

- сукцинатдегидрогеназы;
- лактатдегидрогеназы;
- глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;
- α -глицерофосфатдегидрогеназы (митохондриальной);
- малатдегидрогеназы (митохондриальной);
- НАД- и НАДФ-оксидазы.

Изменения в системах поддержания антигенно-структурного гомеостаза при ХПЭН и ПТСП

Проявляются увеличением содержания:

- НК клеток;
- В-лимфоцитов и их субпопуляций, несущих на себе иммуноглобулиновые рецепторы: IgM+, IgG+, IgA+.

Изменения характера взаимодействий в функционировании основных регуляторных этапов при психосоматических заболеваниях (НЦД, ГБ I ст., и др.), явившихся следствием ХПЭН и ПТСР



1.3. Клинические проявления часто встречающихся форм ХПЭН и ПТСР

Наиболее часто в структуре ХПЭН и ПТСР врачу общей практики приходится иметь дело с патологией имеющей психовегетативные черты, сопровождающейся соматической симптоматикой и нарушениями в сексуальной сфере. Только комплексный подход к диагностике этой патологии может повысить её эффективность.

Посттравматические стрессовые расстройства терапевтического профиля

Для унификации представлений о диагностике, коррекции и профилактике наиболее широко распространенных проявлений ХПЭН и ПТСР – вегетативных дисфункций, предлагается определение вегетозов и их рабочая классификация.

Вегетозы – это наднозологическая форма, представляющая собой большую группу заболеваний, в основе которых лежит наследственная предрасположенность к возникновению нарушений регуляторных взаимодействий между ЦНС, ВНС, эндокринной и иммунной системами; проявляющихся в клинической картине в той или иной степени выраженности психовегетативной симптоматикой, сочетающейся с признаками поражения сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма, развившихся в результате избирательного их поражения, сопровождающаяся иммунопатологическими изменениями.

Рабочая классификация вегетозов

1. По «фону», способствующему возникновению и прогрессированию заболевания:

- смена климатогеографического стереотипа;
- смена социального стереотипа;
- острая и (или) хроническая стрессовая ситуация;
- воздействие экологически-профессиональных факторов (в том числе ионизирующих и неионизирующих излучений, токсических агентов и др.);
- наличие очагов хронической инфекции и др.

2. По «пусковому звену» в патогенезе заболевания (имеется в виду «первичная» вовлеченность в патологический процесс регуляторных систем):

- ЦНС, ВНС;
- гормональной;

- иммунной и др.

3. По преимущественной локализации поражения той или иной «эффекторной системы», проявляющейся соответствующей клинической симптоматикой.

Например: «сердечно-сосудистая система» (вегетоз по типу НЦД); «дыхательная система» (вегетоз по типу ГВС); пищеварительная система (вегетоз по типу ФРЖ); «система желчеобразования и желчевыведения» (вегетоз по типу ДЖВП) и др. К вегетозам целесообразно также относить некоторые нозологические формы (например ЯБДК), если вегетативные и иммунные расстройства становятся ведущими в клинической картине заболевания. В то же время возможно выделение смешанной формы заболевания, при вовлечении в патологический процесс нескольких «эффекторных систем».

4. По характеру возникновения и развития заболевания:

- первичный;
- вторичный.

5. По течению заболевания:

- стабильные формы;
- лабильные (или кризовые) формы – протекающие по типу симпатических, парасимпатических и других кризов;
- латентные формы.

6. По периоду заболевания:

- период обострения;
- период ремиссии.

Нейроциркуляторная дистония (НЦД)

НЦД - это полиэтиологичное заболевание, в основе которого лежит наследственная предрасположенность к возникновению нарушений регуляторных взаимодействий между центральной нервной, вегетативной нервной, эндокринной и иммунной системами; характеризующееся дисфункцией сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма, развившихся в результате избирательного их поражения; сопровождающееся в большинстве случаев пограничной психической симптоматикой.

Патогенез. В развитии клиники НЦД важное значение имеют изменения высших нервных процессов, нейро-эндокринных взаимодействий, нарушения регуляции кровообращения. Кроме того в патогенезе данного заболевания задействованы нарушения метаболизма, гомеостаза, транскапиллярного обмена и иммунитета. Большое внимание уделяется генетической детерминированности НЦД.

Приоритетными причинными факторами, способствующими запуску "патологической цепи" заболевания являются: очаги хронической инфекции; профессиональные вредности (такие как шум, вибрация,

измененный газовый состав воздуха; СВЧ-, ВЧ-, НЧ-, ионизирующее, лазерное (низкоинтенсивное) излучение и др.); адаптация к новым климато-географическим и социальным условиям среды. Сочетание нескольких факторов риска повышает вероятность развития заболевания. Особое значение в развитии клиники НЦД имеют невротические реакции и неврозы.

Классификация НЦД. Несмотря на существование более детальной классификации, предложенной Г.М. Покалевым (1994), наиболее широкое распространение в клинической практике получила классификация Н.Н. Савицкого с дополнениями Ф.И. Комарова, согласно которой выделяют четыре типа НЦД: кардиальный, гипертензивный, гипотензивный и смешанный.

Клиника. Клиника НЦД исключительно многообразна. В клинической картине могут наблюдаться следующие синдромы: общевевротический, цереброваскулярный, кардиальный, периферический, а также гипертензивный или гипотензивный.

Название синдрома определяет основное его проявление, однако при каждом из них со сравнительно одинаковой частотой встречаются такие симптомы, как раздражительность, повышенная возбудимость, вялость, апатия, снижение работоспособности, нарушение сна, ощущение комка в горле, жжения в различных частях тела. Довольно типичны также головные боли, головокружение, тяжесть в голове, тошнота, вегетативные пароксизмы, обмороки.

Гипертензивный синдром имеет место у 79 % этих больных. У таких больных отмечаются также гипервентиляционный синдром, периоды субфебрилитета (без лабораторных признаков воспалительной реакции), выраженные в большей или в меньшей степени симпато-адреналовые кризы. Перечисленная симптоматика усиливается на фоне острых, или хронических стрессовых ситуаций, климато-географической, социальной, военно-профессиональной адаптации, после перенесенной инфекции и пр.

Выделяют 8 групп признаков, хотя во всей полноте они имеются и не у всех больных:

- 1) кардиальные симптомы (кардиалгии, сердцебиения, экстрасистолия);
- 2) периферические сосудистые расстройства;
- 3) признаки вегетативной дисфункции;
- 4) дыхательные расстройства;
- 5) психоэмоциональные нарушения;
- 6) астенический синдром (включая снижение работоспособности);
- 7) неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ (предусматривается обязательное использование физических и медикаментозных проб);
- 8) длительный благоприятный анамнез без признаков поражения сердечно-сосудистой системы.

Диагностика. Первый этап включает оценку жалоб, объективных данных и дифференциальную диагностику для исключения органических

заболеваний сердца (ИБС, миокардит, ревмокардит и др.), мозга (арахноидиты, энцефалиты, объемные процессы мозга) и др. С этой целью проводятся электрокардиография, фонокардиография, эхокардиография, рентгеновское и изотопное исследования.

Второй этап - изучение и оценка циркуляции: функционального состояния сердца, артериального звена кровотока, микроциркуляции и венозного оттока. Проводятся функциональные пробы с физическими нагрузками, гипоксические и фармакологические пробы. На этом этапе уточняются причины заболевания, или условия в которых они формируются. Итог второго этапа - диагностика и оценка типов циркуляции (циркуляторные синдромы), типов регуляции и дизрегуляции, типов адаптации и дизадаптации и возможных факторов риска.

Третий этап диагностики - оценка динамики заболевания, назначенного лечения и выявление симптомов и синдромов прогрессирования и возможных осложнений. На этом этапе следует оценить тяжесть и характер течения заболевания в целом, характер кризов и биоритмики; целесообразно исследовать состояние липидного обмена, показатели микроциркуляции и внутренней среды организма. Оценка терапевтического воздействия является важным фактором в уточнении диагноза, определении тяжести и прогноза.

Пограничная артериальная гипертензия (ПАГ)

Пограничной артериальной гипертензией называется транзиторное повышение систолического и (или) диастолического артериального давления в пределах “пограничной зоны”. Согласно рекомендациям Комитета экспертов ВОЗ-МОГ (1999), ПАГ (колебание уровня АД в диапазоне от 140/90 до 149/94 мм рт. ст.) выделена в виде отдельной подгруппы в рамках АГ 1-й степени. Более высокие цифры АД расцениваются как критерий гипертонии I степени. Кроме того, в этой же классификации, для изолированной систолической артериальной гипертензии так же выделяется пограничный диапазон с идентичными значениями для систолического АД, а для диастолического АД - менее 90 мм рт.ст. Следовательно ПАГ характеризует лишь степень АГ и не может трактоваться как «нозологическая форма».

Диагностика

Субъективное обследование. Условно все жалобы можно разделить на три группы: «сосудистые» (головные боли, головокружение, мелькание “мушек”, “туман” перед глазами); «кардиальные» (кардиалгии, сердцебиение); «невротические» (раздражительность, неустойчивость настроения, нарушения сна и др.). Анализ субъективных нарушений у пациентов с ПАГ показал, что они встречаются гораздо реже, чем у больных

ГБ, но по характеру и структуре неспецифичны и не характерны только для этого состояния.

Объективный статус. При объективном обследовании выявляются минимальные изменения: признаки вегетативной дисфункции (эмоциональная лабильность, гипергидроз, усиленный смешанный дермографизм и др.); проявления симпатикотонии (лабильность пульса, склонность к тахикардии, громкие тоны сердца, блеск глаз). При физикальном обследовании (перкуссия, пальпация, аускультация) изменений со стороны сердца, как правило, не выявляется. Транзиторная АГ (в пределах ПАГ, установленных ВОЗ) является главным критерием ПАГ. Обращает на себя внимание существенная лабильность пульса и уровня АД.

Инструментальное обследование.

- *измерение АД (по Н.С. Короткову).* О наличии ПАГ можно говорить в тех случаях, если при 3-кратном измерении АД в разные дни, величины АД ни разу не превышают уровня ПАГ, а в двух из трех измерений значения систолического и (или) диастолического АД оказываются в пограничной зоне.

- *Суточное мониторирование артериального давления (СМАД).*

Появление СМАД, позволило ввести в клиническую практику ряд параметров, характеризующих суточный профиль АД (СПАД), что в значительной степени расширило диагностические возможности и достоверность оценки колебаний АД, особенно транзиторного характера.

- *Тетраполярная реография (ТПРГ).* В настоящее время это, пожалуй, единственный способ, позволяющий оценить периферическое сопротивление, характеризующее состояние резистивных артерий, непосредственно участвующих в регуляции АД.

- *ВЭМ-проба.* У лиц с ПАГ имеет место дистонический тип реакции АД на физическую нагрузку, проявляющийся быстрым повышением систолического АД. При этом уровень диастолического АД остается прежним или снижается по мере возрастания физической нагрузки.

- *Эхокардиография.* Позволяет оценить состояние насосной (систолической и диастолической) функции сердца. Признаки гипертрофии миокарда как правило отсутствуют. Однако в ряде случаев выявляются не только функциональные, но и органические изменения сердечной мышцы (увеличение массы миокарда левого желудочка), опережающие появление электрокардиографических признаков перегрузки и гипертрофии миокарда левого желудочка.

Необходимо отметить что объем обследования, помимо методов оценки состояния центральной и периферической гемодинамики, должен соответствовать рекомендациям ВОЗ по диагностике АГ, с целью определения варианта (эссенциального или симптоматического) АГ.

Дыхательные нарушения и гипервентиляционный синдром в структуре ХПЭН и ПТСР

Одышка психогенной природы

Одышка, или диспноэ, является самым частым, ведущим симптомом панических атак. По нашим предварительным исследованиям, у больных с различными вегетативными нарушениями неприятные ощущения в дыхательной сфере, дыхательный дискомфорт, в том числе одышка, встречаются более чем в 80% случаев.

Психогенный (привычный) кашель

Психогенный (привычный) кашель – громкий, сухой, лающий, часто напоминает крик диких гусей или звук автомобильной сирены. В связи с его резистентностью к лечению и его длительностью (месяцы, годы) больные часто теряют трудоспособность и социальную активность. Как правило, сон не нарушается. Таким больным обычно ставят диагноз хронического бронхита с астматическим компонентом, но проведенная терапия, в том числе назначение гормональных препаратов, неэффективна.

Сложность диагностики кашля психогенной природы связана с необходимостью установления психогенной болезни, что часто вызывает трудности, особенно в тех случаях, когда у больного отсутствуют какие-либо патологические нарушения, а понимание своей болезни, а также концепция лечащих врачей и семейного окружения ориентированы на соматогенную основу.

Внимательный клинический анализ обычно позволяет выявить у больных скрытые признаки конверсионных (истерических) нарушений в момент осмотра или в прошлом: преходящие соматосенсорные расстройства, атактические нарушения, исчезновение голоса, наличие признаков «прекрасного равнодушия».

Гипервентиляционный синдром (ГВС)

Гипервентиляционный синдром можно определить как патологическое состояние, проявляющееся полисистемными психическими, вегетативными (в том числе сосудисто-висцеральными), алгическими и мышечно-тоническими нарушениями, нарушениями сознания, связанными с первичной дисфункцией нервной системы психогенной или органической природы, приводящее к расстройствам нормального и формированию устойчивого патологического паттерна дыхания, который проявляется увеличением легочной вентиляции неадекватно уровню газообмена в организме.

Клиническая картина ГВС. Одновременно (или немного позже) с ощущением беспокойства, тревоги, страха, чаще всего страха смерти, больной испытывает ощущение нехватки воздуха, затруднения дыхания, ощущение сдавления грудной клетки, ком в горле. При этом отмечаются, как правило, учащенное или глубокое дыхание, нарушение ритма и регулярности дыхательных циклов. Одновременно с этим больные испытывают неприятные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде сердцебиений, ощущение остановки сердца, неритмичной его работы, возникают боли в левой половине грудной клетки. Объективно констатируется лабильность пульса (чаще всего тахикардия) и АД, экстрасистолы.

В структуре криза наиболее часто, почти облигатно, представлены три группы признаков, формирующих определенное ядро: эмоциональные (чаще всего тревожные), дыхательные и сердечно-сосудистые расстройства.

Гипервентиляционный криз предполагает в своей структуре наличие ведущего феномена – избыточного, усиленного дыхания. Однако многие больные не осознают самого факта гипервентиляции, так как их внимание приковано к другим проявлениям со стороны различных органов и систем: сердца, желудочно-кишечной системы, мышц, т.е. к последствиям, наступающим в результате гипервентиляции. Если же мучительные дыхательные ощущения в виде одышки, нехватки воздуха и т.д. обращают на себя внимание больного, он относит их чаще всего за счет патологии сердца. Следует отметить, что гипервентиляционный феномен является составной частью вегетативных кризов. Респираторные нарушения у ряда больных с ПСР могут проявляться в виде гипервентиляционных эквивалентов: периодически наблюдаемых у больных вздохов, кашля, зевоты и сопения.

При ГВС возможны изменения и нарушения сознания – обмороки, неясность зрения, «туман», «сетка» перед глазами, сужение полей зрения, преходящий амавроз, снижение слуха, шум в голове и в ушах, головокружение, неустойчивость при ходьбе. Ощущение нереальности достаточно частое проявление ГВС. Часть больных с ГВС жалуются на ощущение дрожи в руках и ногах, внутренней дрожи, холода или жара. При этих патологических состояниях нередко наблюдаются чувствительные расстройства: парестезии, покалывания, онемения, чувство «ползания мурашек», и др.

Диагноз нейрогенной гипервентиляции основывается на следующих критериях. 1. Наличие жалоб на дыхательные, вегетативные, мышечно-тонические, алгические нарушения, изменение сознания, психические расстройства. 2. Отсутствие органического заболевания нервной системы и соматического заболевания, в том числе заболевания легких. 3. Наличие психогенного анамнеза. 4. Положительная гипервентиляционная проба: глубокое и частое дыхание в течение 3-5 мин воспроизводит большую часть имеющихся у больного симптомов. 5. Исчезновение спонтанного или вызванного путем гипервентиляционной пробы криза при ингаляции смеси

газов, содержащей 5% CO₂, или при дыхании в целлофановый мешок. Дыхание в мешок способствует накоплению собственного CO₂, который восполняет недостаток CO₂ в альвеолярном воздухе и улучшает состояние больного. 6. Наличие симптомов повышенной нервно-мышечной возбудимости (тетании): симптомы Хвостека, положительная проба Труссо-Бондорфа, положительная ЭМГ – проба на скрытую тетанию. 7. Снижение концентрации CO₂ в альвеолярном воздухе, изменение рН (сдвиг в сторону алкалоза) крови.

Дифференциальный диагноз при гипервентиляционном синдроме, как правило, зависит от ведущего его проявления. При наличии гипервентиляционных пароксизмов возникает необходимость его дифференциации от бронхиальной и сердечной астмы.

Неязвенная диспепсия (НЯД)

В интересах клинической практики, вследствие высокой вариабельности и большого разнообразия клинических проявлений заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки неязвенной природы, термин "неязвенная диспепсия" (Non-ulcer dyspepsia) характеризует не новую нозологическую единицу, а объединенную группу заболеваний с характерной клинической картиной и указывающий на патологию желудка или непосредственно связанных с ним участков пищеварительного тракта.

Неязвенная диспепсия является одной из ведущих причин обращаемости военнослужащих в амбулаторно-поликлинические учреждения, их госпитализации и временной утраты трудоспособности в мирное время и характеризуется полиморбидностью своих проявлений: физическим и нервным истощением, головной болью, диспептическими проявлениями, депрессией, подавлением иммунной системы и отрицательным влиянием на наследственность.

В процессе адаптации организма к условиям военно-профессиональной деятельности, в том числе и в регионе вооруженного конфликта, иммунная система и факторы неспецифической защиты организма испытывают наиболее высокое функциональное напряжение. Напряженная деятельность этих систем у больных с НЯД приводит к повреждению клеточных и субклеточных структур слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с развитием в ней дистрофических и дисрегенераторных процессов. На фоне иммунодефицитов различной степени выраженности развитие аутоиммунного воспаления и снижение резервов резистентности гастродуоденальной слизистой оболочки, является основой для формирования патологии желудочно-кишечного тракта у военнослужащих под воздействием экстремальных эколого-профессиональных факторов региона локального вооруженного конфликта.

У больных с неязвенной диспепсией, длительно подвергавшихся экстремальным эколого-профессиональным воздействиям локального

военного конфликта, помимо комплекса стереотипных и взаимосвязанных изменений функционально-морфологического состояния системы пищеварения, наблюдалось значительное повышение реактивной и личностной тревожности, нарушения обмена циклических нуклеотидов на фоне метаболического ацидоза и высокого уровня свободно-радикального окисления, истощение и угнетение функции ферментного и неферментного звеньев антиоксидантной системы, развитие вторичных иммунодефицитов различной степени выраженности, снижение факторов неспецифической защиты и активация аутоиммунных процессов в организме.

Функциональное расстройство желудка (ФРЖ)

Функциональное расстройство желудка - это заболевание, проявляющееся болевым абдоминальным и диспептическим синдромами, в основе которого лежит нарушение моторной и секреторной функций желудка без морфологических изменений его слизистой оболочки, продолжающееся до 2 лет.

Предрасполагающие факторы: наиболее частыми факторами, приводящими к развитию ФРЖ у военнослужащих, являются: нарушение привычного режима питания и качества пищи, значительные и частые психоэмоциональные нагрузки, неблагоприятное влияние профессиональных факторов, заболевания других внутренних органов.

Классификация (Г.И. Дорофеев, 1983): 1. *По происхождению:* первичные (алиментарные) и вторичные (неврогенные, нервно-рефлекторные, гормональные, токсико-аллергические, сосудистые и др.); 2. *По типу нарушения основных функций:* гиперстенические, нормостенические, гипостенические, астенические. 3. *По форме:* болевая, диспептическая, смешанная. 4. *Специальные формы:* острое расширение желудка, пилороспазм, кардиоспазм, аэрофагия, привычная рвота. 5. *По течению:* острое, рецидивирующее, латентное.

Диагностика. Учитывается молодой возраст пациента, короткий анамнез (до 2 лет), отсутствие сезонности болевого синдрома, его нестойкость, непостоянность, отсутствие четкой локализации боли и локальной болезненности (боли чаще разлитые), наличие признаков вегетативной дистонии. Изменения в общеклинических и биохимических анализах нехарактерны для ФРЖ. Секреторная функция желудка зависит от типа заболевания (чаще - нормальная или повышена). Эндоскопически - розовая, блестящая слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки, при гиперстеническом типе могут быть усилены тонус и перистальтика желудка, в "озерке" - большое количество секрета, при гипостеническом типе, наоборот - вялая перистальтика, небольшое количество секрета, зияние привратника. Морфологические изменения в слизистой оболочке отсутствуют, либо ограничены не резко выраженными дистрофическими изменениями эпителия без лимфоплазмозитарной

инфильтрации. При рентгеноскопии при гиперстеническом типе - повышение тонуса, усиленные спастические перистальтические сокращения, большое количество содержимого, при пилороспазме - замедление эвакуации контраста из желудка; при гипостеническом типе - гипотония, вялая перистальтика, часто - опущение желудка. Частные формы: пилороспазм, аэрофагия, привычная рвота, слабость кардиального жома, острое расширение желудка имеют свои клинические и инструментальные критерии. Однако и в этих случаях имеются только моторные и секреторные нарушения без признаков органического поражения желудка и двенадцатипестной кишки.

Хронический гастрит (ХГ)

Хронический гастрит представляет собой воспаление слизистой оболочки желудка, которое сочетается с нарушением обновления (регенерации) и дистрофии эпителиальных клеток с конечным исходом в атрофию, сопровождающееся нарушением секреторной, моторной и других функций желудка.

Встречается от 20 до 76% в разных возрастных группах населения, заметно увеличиваясь с возрастом. Среди больных хроническим гастритом число больных с атрофической формой растет с возрастом быстрее, чем их общее число. На ВМФ хронический гастрит встречается чаще среди рядового состава.

Этиология. Факторами, предрасполагающими к возникновению и прогрессированию заболевания являются:

- неполноценное питание с дефицитом витаминов, особенно В12 и железа;
- вредные привычки;
- нервно-психические перегрузки;
- наследственно-конституциональные особенности;
- лекарственные воздействия.

Классификация. По этиопатогенезу и морфологическим критериям ("сиднейская система", 1990) различают аутоиммунный гастрит (тип А), связанный с желудочным геликобактером (тип В) и реактивный "химический" гастрит (тип С), а также смешанные формы.

Гастрит типа А возникает в результате выработки специфических аутоантител к париетальным клеткам. Для него характерно раннее начало атрофических процессов с неуклонным их прогрессированием, латентное или малосимптомное течение с невыраженностью синдрома желудочной диспепсии, нередко проявлениями симптомов острого кратковременного отравления. Встречается чаще у лиц офицерского состава в возрасте обычно старше 30-35 лет.

Гастрит типа В (антральный, бактериальный) возникает в результате воздействия инфекции на слизистую антрального отдела с развитием

эрозивного инфекционно-иммунного воспаления. Для него характерен выраженный синдром желудочной диспепсии, высокое кислотообразование, отсутствие антител к обкладочным клеткам и внутреннему фактору. Встречается значительно чаще у лиц рядового состава; при частых обострениях - переход в язвенную болезнь.

Гастрит типа С (реактивный, химический) можно предполагать при длительном приеме раздражающих слизистую желудка лекарственных и других средств, а также при доказанном выраженном дуоденогастральном рефлексе. Это довольно редкий тип хронического гастрита на флоте, но частота его возрастает при длительном воздействии эколого-профессиональных факторов и у участников локальных вооруженных конфликтов.

Клиника. В клинической картине хронического гастрита преобладает синдром желудочной диспепсии различной степени выраженности при разных его формах. Для него характерны: боли в эпигастриальной области различной интенсивности без иррадиации; чувство тяжести и переполнения в верхней части живота после приема пищи; ощущение раннего насыщения, тошнота, иногда рвота; снижение аппетита, изжога, отрыжка, горький вкус во рту. Боли носят ноющий характер, наступают непосредственно после еды, продолжаются в течение 1,5-2 часов после чего самостоятельно стихают, усиливаются от жареной и жирной пищи и при торопливой еде, уменьшаются после отрыжки и часто сочетаются с диспепсическими явлениями. Течение и прогноз хронического гастрита определяются прежде всего степенью и характером поражения слизистой желудка, выраженностью нарушений кислотообразования. Эрозивный гастрит, гастрит с повышенной секреторной функцией (тип В) следует рассматривать как предстадию язвенной болезни. Больные с атрофическим гастритом, полипозным и гиперпластическим, а также с гистаминорезистентной ахлоргидрией относятся к группе высокого риска возникновения опухолевых заболеваний.

Диагностика. Диагноз хронического гастрита устанавливается на основании клинических проявлений, но прежде всего результатах гастродуоденоскопии и прицельной биопсии, так как *гастрит преимущественно понятие - морфологическое*. Исследование секреторной функции желудка, других лабораторных и иммунологических показателей, а также данные рентгенологического обследования необходимы для уточнения формы патологии и ее осложнений, индивидуализации терапии и проведения дифференциальной диагностики с такими заболеваниями как ФРЖ, ЯБ, полипоз, рак и др..

Дисахаридазодефицитные энтеропатии

Дисахаридазодефицитные энтеропатии - группа разнородных состояний, характеризующихся угнетением активности одного или нескольких ферментов, расщепляющих дисахариды.

Классификация:

- *первичные* (наследственно обусловленные, при нормальной гистологической картине в энтеробиоптате);

- *вторичные*: а) воспалительные (энтериты, язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулиты), б) инфекционные, в) паразитарные, г) пострезекционные (резекция тонкой кишки, синдром слепой петли), д) гастрогенные (язвенная болезнь, гастриты, рак желудка, резекция желудка), е) панкреатогенные, ж) гепатогенные, з) медикаментозные (антибиотики, цитостатики), и) лучевые, к) эндокринные (сахарный диабет).

Первичные энзимопатии являются преимущественно селективными (гл. образом - лактазная недостаточность), тогда как для вторичных характерно снижение активности нескольких ферментов, а нередко - и сочетание их с недостаточностью энтерокиназы, пептидаз.

Первичный лактазный дефицит встречается у 2 -16 % населения северо-западного региона, в южных районах распространенность его значительно выше. Что касается вторичных дисахаридазодефицитных энтеропатий, то ими страдает приблизительно 9% больных гастроэнтерологических отделений. Так 29 - 76% больных хроническим энтероколитом имеет признаки лактозной мальабсорбции.

Патогенез дисахаридазной непереносимости состоит в том, что организм не в состоянии полностью расщепить принятый внутрь дисахарид. Избыточное его количество метаболизируется ферментами бактериальной флоры с образованием органических кислот и газов, что приводит к возрастанию осмотического давления в полости кишки, угнетению реабсорбции воды и повышению ее секреции. Результатом сочетания этих факторов с закислением внутрикишечного рН является возникновение диарреи, которая носит преимущественно осмотический характер.

Клиника. Клиническое их значение обусловлено тем, что примерно половина требующихся человеку калорий покрывается за счет углеводов, в состав которых входят сахароза, лактоза, мальтоза, изомальтоза и др. Беспокоят боли в животе, вздутие, урчание живота, выделение большого количества газов, а так же полу-оформленного или жидкого стула при приеме продуктов, содержащих сахарозу, молочный сахар, крахмал и др.

Диагностика. Прежде всего, непосредственное определение активности ферментов в энтеробиоптатах, нагрузочные пробы с дисахаридами, водородный дыхательный тест, рентгеновские исследования со смесью бария с дисахаридами. Использование определения рН кала и содержания дисахаридов в кале и моче ограничено из-за низкой информативности этих методик. К сожалению, ни одна из них не может считаться "золотым стандартом" в диагностике, т.к. имеет свои

ограничения, поэтому точность диагностики повышается при использовании нескольких методик. В условиях стационара, по-видимому, целесообразно сочетать нагрузку дисахаридами и эндоскопию с энтеробиопсией и определением активности ферментов. При этом повышается не только качество диагностики за счет использования двух методик, но и проводится дифференциальная диагностика между вторичными и первичными состояниями на основании гистологической картины.

Сексуальные расстройства у мужчин-военнослужащих, возникающие на фоне ХПЭН и входящие в структуру ПТСР

Сексуальные расстройства являются весьма важной и сложной медико-социальной проблемой. Их профилактика и лечение имеют большое значение не только в медицинском, но и в социальном аспекте, так как тесно связано с такими общественными проблемами, как распад семьи, воспитание детей, профессиональная непригодность и т.д. Сексуальные расстройства – обычная проблема дистресса. У личного состава с ПТСР снижение потенции у мужчин составляет более 40 %. Это ведет к их профессиональному выгоранию, деформации, что создает угрозу для кадровой политики назначений на руководящие должности таких кадров. Утрата полового влечения у военнослужащих старше 45 лет негативным образом сказывается на их умственной и военно-профессиональной деятельности. Из-за страха самосохранения они занимают руководящие посты и по сути осуществляют интриги, деструктивно влияя на боеспособность и боеготовность вооруженных сил. Таким образом 45 летний возраст по факту является предельным для пребывания мужчины на руководящей должности из-за угрозы его профессиональной деформации, нарастании умственной скромности и роста деструктивности, интриг, сговоров, направленных на паразитическое существование в военной административной системе. Для профилактики данного явления целесообразно предлагать мужчинам заниматься военно-научной исследовательской работой, наставничеством, освобождая их после 45 лет от руководящих должностей в силу их биологической слабости, так как физическая импотенция переходит в умственную и профессиональную. Данное правило не касается женщин-руководителей. Они сохраняют свой биологический потенциал после климактерического возраста и могут эффективно руководить до 65 лет.

Игнорирование этой проблемы было нормальным в былые годы, однако в настоящее время сексуальные возможности расцениваются как ключевой индикатор общего здоровья. Потеря потенции подрывает физическую, эмоциональную, социальную, самооценку мужчины, особенно молодого возраста. Снижение половой потенции ведет к напряженности и стрессам в межличностных отношениях. С другой стороны, так как женщины стали жить дольше, они стали более пригодны для

управленческой деятельности в военных административных системах. Тут справедлива наша поговорка для военных психологов:

*Старая лошадь борозды не портит,
Ее портит только старый конь!*

*Поэтому лошадь оставить в строю
А коня на заслуженный пенсион.*

Импотент по жизни – импотент и на службе!

Функциональные половые расстройства (один из почти обязательных компонентов депрессии) встречаются в структуре невротических состояний гораздо чаще, чем принято думать. Заметное снижение потенции не случайно рассматривают как чуть ли не важнейший признак угнетения духа и потере энергии, “симптом симптомов”, который выявляется при целенаправленном исследовании практически у любого эмоционально нестабильного больного. Именно “импотенция” как таковая оказывается одним из наиболее частых ошибочных диагнозов при невротических состояниях с нарастающей эмоциональной неустойчивостью и аффективными реакциями.

Импотенция – неспособность мужчины достигать достаточной эрекции ригидности для введения полового члена во влагалище, получать и доставлять сексуальное удовлетворение. На наш взгляд приведенное определение наиболее приемлемо. Под эректильной дисфункцией понимается неспособность мужчин достигнуть адекватной эрекции полового члена для полового сношения.

Основная масса практических врачей не желает так или иначе заниматься вопросами психогенной сексопатологии, выходящей за рамки их профессиональных обязанностей. Чрезвычайная распространенность невротических состояний требует между тем соответствующего знакомства практических врачей с клиникой психогенных сексуальных расстройств.

Импотенция вследствие органических изменений возникает очень редко; более чем у 90% больных расстройства половой функции связаны с физической или умственной усталостью, страхом перед половым актом, отвращением к сексуальному партнеру и т.д. Практически все, кто обращается к врачам по этому поводу, нуждаются, очевидно, в известной психической коррекции, поскольку психическая импотенция встречается несравненно чаще органической или наслаивается на нее.

Импотенция вследствие органических изменений возникает очень редко; более чем у 90% больных расстройства половой функции связаны с физической или умственной усталостью, страхом перед половым актом, отвращением к сексуальному партнеру и т.д. Практически все, кто обращается к врачам по этому поводу, нуждаются, очевидно, в известной

психической коррекции, поскольку психическая импотенция встречается несравненно чаще органической или наслаивается на нее.

Истоки сексуальных нарушений при невротических состояниях сводятся в конечном счете не столько к каким-то внезапным и сильным аффектам в связи с экстремальными ситуациями, сколько к повседневным эмоциональным перегрузкам. Решающим патогенетическим фактором психической импотенции становятся постоянные волнения и огорчения, тревоги и житейские заботы, грубые нарушения режима работы и отдыха и хронические психотравмирующие ситуации в семье и на работе. В числе непосредственных причин полового бессилия фигурируют не только длительная неблагоприятная обстановка для сексуального контакта, но и грубая дисгармония эмоциональной направленности.

Снижение полового влечения в связи с транзиторной сублимацией (переключением сексуальной активности на повышенную деятельность в других направлениях).

Временное половое бессилие вследствие выполнения определенных профессиональных обязанностей обычно проходит само собой при устранении задерживающих влияний работы и особых тревог у человека не вызывает.

Психический асперматизм – отсутствие эякуляции и оргазма независимо от длительности фрикций при полной сохранности либидо и нормальной эрекции, но крайне изнурительном для обоих партнеров и так и не завершаемом половом акте. Подобные случаи нередки при стертой, ситуационно обусловленной депрессии у лиц, вынужденных поддерживать супружеские отношения с давно уже «опостылевшей» женой, несмотря на неодолимое влечение к другой женщине.

К специфическим симптомам невротических состояний с более или менее выраженными сексуальными расстройствами относят также **поллюции**, повторяющиеся иногда в строго определенные дни. Возможны даже «поллюции наяву», возникающие под влиянием сильного эмоционального возбуждения (страха, гнева, крайнего нетерпения) или запредельного, аффективно насыщенного умственного напряжения без всякой связи с эротическими представлениями.

Важное место в структуре ПТСР занимает снижение потенции мужчин, обусловленное функциональными расстройствами предстательной железы. В этих случаях, психика страдает значительно, по сравнению, с фактически существующей органической патологией. Причинной связи между импотенцией и заболеваниями половых органов фактически, как правило, не существует, а показаниям самих больных ипохондрической депрессией не следует безоговорочно доверять в связи с их особой склонностью к идеям самообвинения. Речь идет чаще всего о ретроспективном самодиагностировании заболевания предстательной железы (о каком-то

весьма сомнительном эпизоде с соответствующими страхами и опасениями после случайной половой связи или все том же асептическом псевдопростатите на фоне депрессии, протекавшей под знаком определенных сексуальных проблем).

«Половая локализация» депрессии вовсе не требует, таким образом, обязательного наличия истинного простатита или уретрита в анамнезе.

Сперматорея часто может становиться основным поддерживающим фактором в психогенной картине снижения потенции у мужчин. Важнейшим проявлением психогенной потенции оказываются **расстройства эрекции**, присоединяющиеся к преждевременной эякуляции более чем у половины пациентов с функциональными сексуальными нарушениями и возникающие как изолированный симптом у 29-42% таких больных. Жалобы на недостаточность эрекции наиболее характерны для невротических состояний с клинической картиной гипостенической неврастении, при которой они установлены у 72 % больных как изолированный симптом и еще у 18% - в сочетании с преждевременным семяизвержением.

Особое значение для развития психической импотенции в клинике депрессивных состояний имеет страх неудачи – яркая клиническая иллюстрация высокой способности человеческого организма к психосоматическим переключениям с немедленной трансформацией ожидаемого явления в действительное. Убеждение в беспомощности производит беспомощность, а страх полового бессилия может быть настолько велик, что потенция никогда уже не восстанавливается; чем больше стремится такой человек «быть сильным», тем сильнее препятствующие эрекции задерживающие представления.

Диагностика эректильной дисфункции

Этиологическая идентификация нарушенной эрекции – необходимое условие подбора правильного лечения.

Схема обследования:

1. Анамнез;
2. Осмотр больного;
3. Выполнение неинвазивных и малоинвазивных андрологических методов (выполняет уролог). Уже на этой стадии у большинства пациентов может быть определена форма ЭД и назначена необходимая терапия;
4. Инвазивные методы (кавернозометрия, кавернозография, ангиография, биопсия кавернозных тел) назначаются только при наличии показаний.

Анамнез. Диагностика сексуальных расстройств основывается на субъективной оценке половых проявлений сексуальных партнеров. Важнейшим инструментом диагностики является правильно собранный сексуальный анамнез, анамнез жизни, а также оценка основных уровней регуляции половых функций.

При сборе анамнеза в ходе обследования, а также путем применения специальных тестов, создается представление о личности пациента, оценивается уровень его образованности, культуры, интеллекта. Выясняется возможность приема препаратов, ухудшающих эрекцию (антигипертензивные, диуретики, нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, эстрогены, H₂-блокаторы, гиполипидные). Несомненно, важно установление возможности и частоты приема нарушающих эрекцию веществ (алкоголь, никотин, опиаты, кокаин и др.).

Приемами психиатрической диагностики оценивается психический статус. В психическом статусе часто выявляются астенические проявления: повышенная утомляемость, ослабления способности к длительному и интенсивному психическому и физическому напряжению, раздражительность, слабость, пониженное самочувствие и настроение, плаксивость, головные боли, расстройство сна. Зачастую эти пациенты жалуются на непереносимость или повышенную чувствительность к сильным раздражителям. Для многих сексологических больных сильным раздражителем является сексуальный партнер. Частым проявлением астенического синдрома у сексологических больных является отсутствие адекватных эрекций при сохранении спонтанных.

Депрессивный синдром у сексологических больных проявляется пониженным настроением, замедлением темпа мышления и замедления двигательных реакций. Эти больные воспринимают окружающий мир в мрачных тонах, настоящее и перспектива оцениваются безрадостными, а прошлая жизнь оцениваются как цепь неверных поступков и неудач.

Синестопатические ощущения у сексологических больных локализуются преимущественно в половых органах. Боли и неприятные ощущения носят неопределенный расплывчатый характер, иррадируют, изменяются после психоэмоциональных переживаний, половой активности. При этом не обнаруживается подтверждения их происхождения или морфологического субъекта. В таких ситуациях заполнение анкеты-опросника поможет самому пациенту понять всю сложность проблемы и осознать неприятный для него диагноз. Необходимо выяснить, были ли операции на малом тазу, есть ли болезни позвоночника, гиперхолестеринемия, микроангиопатия.

Физикальное обследование начинается с общего осмотра, оценки выраженности и распределения волосяного покрова. Обращают внимание на возможные гипоспадию, эписпадию, фибропластическую индурацию полового члена, травмы, фимоз. Производят орхидометрию для выявления гипогонадизма (например, при синдроме Кляйн-Фельтера). Необходима и ректальная пальпация предстательной железы для выявления возможных простатита, доброкачественной гиперплазии предстательной железы или карциномы. Следует уделить внимание состоянию периферических вен и определению пульсации артерий нижних конечностей.

Лабораторные данные включают в себя общий анализ крови, определение сывороточных электролитов, холестерина, креатина и

мочевины, сахара, трансаминаз, ФСГ, ЛГ, Т3, Т4, пролактина и тестостерона. Если гиперпролактинемия составляет более 300 мкЕд/мл, то показана рентгенография «турецкого седла» и магнитно-ядерный резонанс гипофиза (на предмет макропролактиномы). Необходимо исключить инфекционно-воспалительные процессы в мочеполовых путях, для чего показаны общий анализ мочи, исследование секрета предстательной железы, выполнение трехстаканной пробы мочи и микробиологические исследования.

Андрологическая неинвазивная диагностика включает ИКАТ, доплерографию, регистрацию увеличения члена в объеме и степени его твердости при аудиовизуальной сексуальной стимуляции, регистрацию ночной пенильной тумесценции, а также АЕКП, который позволяет сделать выводы о функциональной гемодинамике члена, автономной иннервации и состоянии гладкой мускулатуры.

Сексуальные расстройства у женщин-военнослужащих, возникающие на фоне ХПЭН и входящие в структуру ПТСР

Преобладающая роль психологической стороны полового удовлетворения над чисто физической – одно из основных положений сексопатологии. Необычайно велика зависимость сексуального удовлетворения женщины от всевозможных отвлекающих внимание и расхолаживающих эмоций.

На фоне ХПЭН и в структуре ПТСР наиболее часто у женщин наблюдается усиление или формирование фригидности (отсутствие полового влечения и специфического сладострастного чувства) как проявление определенного аффективного состояния, исключающее необходимую для истинной половой близости «эмоциональную готовность» к ней.

Важное место среди этих патологических состояний занимают психогенные гениталгии и парестезии. Категорический отказ этих женщин от половой жизни ложится в основу тяжелых супружеских конфликтов и даже распада семьи при затянувшейся депрессии.

Усиление клинических проявлений предменструального синдрома, учащение дисменорей, вплоть до аменореи, наблюдаются более чем у 80% женщин с ПТСР.

В качестве компенсатора снижения полового влечения у женщин выступает уход в заботу о детях и внуках. Таким образом они выживают и продляют себе жизнь, сохраняя в том числе и пригодность к воинской службе и руководящей деятельности при должном образовании. Это кадровый резерв, который еще не востребован в армиях мира и администрациях. Вместе с тем, именно грамотная работа с женским потенциалом способна обеспечить качественное военно-политическое управление в любой стране мира учитывая факт короткой жизни мужчин и их реальной дееспособности.

II. КОРРЕКЦИЯ ХПЭН И ПТСР У ЛИЧНОГО СОСТАВА

Применяемые методы и средства медико-психологической коррекции ХПЭН и ПТСР у личного состава условно могут быть разделены на психологические, фармакологические и другие не медикаментозные.

2.1. Психологические методы коррекции ХПЭН и ПТСР

Психологическая коррекция – это комплекс целенаправленных мероприятий по воздействию на психику военнослужащих, проводимых с целью оптимизации их функционального состояния и повышения эффективности профессиональной деятельности (работоспособности, боеспособности).

Общим принципом построения психологической коррекции у военнослужащих является дифференцированное сочетание при ее проведении методов симптоматической, личностно-ориентированной и социоцентрированной психокоррекции. Выбор психотерапевтических методов в первую очередь определяется их направленностью и эффективностью, возможностями и профессионализмом врача, а так же личностными особенностями моряка.

Мероприятиями психологической коррекции являются: психологическое консультирование, методы индивидуальной и групповой психотерапии (рациональная психотерапия, гипноз, ауто- и гетеротренинг с обучением основам саморегуляции психического состояния, функциональная музыка и др.), нейролингвистическое программирование, психоанализ, психосинтез.

Перед проведением мероприятий психологической коррекции необходимо глубокое и всестороннее изучение личности военнослужащего, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений. Методика индивидуального психологического собеседования с военнослужащим представлена в приложении №3.

На основе проведенной работы, и обязательного психологического тестирования выделяется «мишень» психо-коррекционного воздействия и определяются соответствующие психотехники.

Учитывая наличие в структуре ХПЭН и ПТСР высокого уровня тревожности, эмоциональной возбудимости и раздражительности, сопровождающихся мышечной напряженностью и соматовегетативными нарушениями, а также обычно повышенную внушаемость комбатантов, обусловленную астенизацией и имевшей место угрозой для жизни при изначально низкой готовности к совместной активной психокоррекционной работе, наиболее адекватной является следующая структура проведения психотерапии:

на первом этапе применение элементов рациональной психотерапии и нейролингвистического программирования для выявления особенностей расстройства, установления доверительных отношений, разъяснения ошибочного отношения к своему состоянию;

на втором этапе – методики психической саморегуляции (управление ритмом дыхания, нервно-мышечная релаксация, аутогенная тренировка, функциональная музыка, комплексные методики «Мобилизация-1», «Морфей»), используемые в форме индивидуальной и групповой психотерапии;

на третьем этапе – социально-психологический тренинг рациональных моделей поведения и элементы семейной психотерапии.

Стержнем **рациональной психотерапии** является правильная, доступная пониманию пациента трактовка причин и характера возникновения его состояния, что позволяет сформировать к нему адекватное отношение и устойчивую положительную установку на излечение. Метод включает в себя разъяснение, внушение на яву, эмоциональное воздействие, дидактические и риторические приемы. Главное при рациональной психотерапии – логика, определенность и последовательность суждений с понятной для пациента формой изложения. В рамках рациональной психотерапии, кроме соответствующих личностных качеств и профессионального опыта, врачу необходимо практическое умение устанавливать продуктивный контакт с пациентом на когнитивном и эмоциональном уровнях. Этому способствует использование вербальных и невербальных приемов коммуникации, таких как «подстройки», «синхронизации», «ведения», которые подробно изложены в соответствующих руководствах по *нейролингвистическому программированию*.

Методики психической саморегуляции (приложение №4) направлены на изменение представленного в сознании человека психического образа жизненной ситуации, что способствует мобилизации процессов психосоматического взаимодействия, оптимизации психоэмоционального состояния и восстановлению полноценного функционирования.

Применение методик психической саморегуляции позволяет редуцировать тревогу, страх, раздражительность, конфликтность; активизировать память и мышление; нормализовать сон и вегетативные дисфункции; увеличить эффективность профессиональной деятельности; обучить приемам самостоятельного формирования позитивных психоэмоциональных состояний. Учитывая выраженную изначально пассивность военнослужащих и их достаточно высокую внушаемость, наиболее эффективными являются методики психической саморегуляции с использованием вначале обучения гетеросуггестии (гетеротренинга) и последующим постепенным увеличением роли самого пациента (аутотренинга) в процессе их освоения.

Психическая саморегуляция включает выработку навыков управления вниманием, регуляции ритма дыхания и мышечного тонуса, оперирования чувственными образами и вербальными формулами, что позволяет осуществлять целенаправленное программирование своего состояния и поведения. Это достигается посредством обучения пациента вхождению в особое состояние «аутогенного погружения» различной степени. В начале формируется состояние релаксации (от лат. «relaxatio» – уменьшение напряжения, расслабление), которому свойственно ощущение тепла, тяжести во всем теле, отвлечение от внешних раздражителей, переживание состояния покоя, отдыха, внутренней безмятежности, снятие тревоги, беспокойства и нормализация вегетативных дисфункций. На основе релаксации достигаются более глубокие стадии «аутогенного погружения», сопровождающиеся ощущением легкости, невесомости тела, внутренней свободы, что создает предпосылки для формирования состояний с высокой активностью, работоспособностью и деятельного изменения сознания с целенаправленным волевым программированием своего функционального состояния и поведения.

Наряду с такими классическими методиками психической саморегуляции, как *управление ритмом дыхания, активная и пассивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, функциональная музыка (музыкотерапия)* в коррекции ХПЭН и ПТСР целесообразно применять комплексные суггестивно-музыкальные методики «*Морфей*» и «*Мобилизация-1*» специально разработанные для реабилитации военнослужащих, участвовавших в боевых действиях (ВМедА, кафедре психиатрии). Достоинствами методики «Мобилизация-1» являются: доступность, несложность освоения, возможность группового применения, отчетливый терапевтический эффект, использование простых кодовых слов – «ключей доступа» для быстрого вхождения в нужное состояние (приложение №4).

Социально-психологический тренинг с элементами семейной психотерапии – отработка рациональных моделей поведения в коллективе и семье с целью создания оптимального психологического климата и восстановления полноценной социально-психологической адаптации военнослужащего. Это необходимый элемент комплексного подхода к коррекции ХПЭН и ПТСР у личного состава ВМФ.

Проблему коррекции межличностных отношений на уровне микро- и макроокружения зачастую возможно решить только в группах.

Групповая психокоррекция позволяет:

- уяснить особенности своих межличностных отношений и поведения, возможность их оценки в различных ситуациях, корректировать самооценку на основе обратной связи в атмосфере эмоциональной открытости и доверия;

- снять ореол исключительности психологических проблем;

- получить эмоциональную поддержку от других участников группы, имеющих общие проблемы и цели;

- апробировать и освоить новые навыки поведения, иметь возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений;
- разрешить имеющиеся межличностные конфликты, в том числе и семейные.

2.2. Фармакологические средства коррекции ХПЭН и ПТСР

Фармакологическая коррекция – это однократное или курсовое применение фармакологических препаратов или их комбинаций, проводимое с целью восстановления функционального состояния и работоспособности (боеготовности) военнослужащего.

При применении фармакологического препарата большое значение имеет **платцебо-эффект**, который всегда присоединяется к конечному терапевтическому эффекту. Под платцебо-эффектом понимают результат установки личности на предполагаемое, ожидаемое действие препарата. Эта субъективная установка может иметь объективно позитивное или негативное влияние на конечный эффект препарата, усиливая, ослабляя или искажая его действие. Для исключения случаев негативного платцебо-эффекта важную роль играет разъяснительная работа врача, содержание устной инструкции перед назначением препаратов. Инструкция должна содержать исключительно позитивные установки с целью формирования уверенности пациента в положительном действии фармакологических средств и разрушении опасений и недоверия, связанные с их приемом.

Для коррекции ХПЭН и ПТСР используются препараты разных классов, но в основном транквилизаторы, антидепрессанты и средства, нормализующие метаболические процессы в организме пациента.

Применение **транквилизаторов** (синонимы: анксиолитики, от англ. «anxiety» – беспокойство, тревога и атарактики, от лат. «ataraxia» – спокойствие, невозмутимость), то есть средств, обладающих успокаивающим и противотревожным действием, устраняет психоэмоциональную напряженность; нормализует сон и вегетативные дисфункции; улучшает самочувствие и настроение; повышает работоспособность. Помимо основного успокаивающего действия транквилизаторы могут иметь снотворную, миорелаксирующую и противосудорожную активность, кроме того, они усиливают действие алкоголя и потенцируют угнетающий психотропный эффект нейролептиков, снотворных, седативных, наркотических и ненаркотических анальгетиков. Наступление сна при приеме обычных доз транквилизаторов обусловлено их успокаивающим действием и устранением раздражения вегетативного, висцерального или эмоционального происхождения, то есть, они оказывают регулирующее действие на процесс засыпания и сон. Однако среди производных бензодиазепина – *лоразепам* и *темазепам* имеют выраженный гипнотический эффект и часто используются в качестве снотворных

средств. В больших дозах все транквилизаторы вызывают безразличие, утомляемость и сонливость.

На основании клинико-терапевтических наблюдений транквилизаторы разделяются на две группы:

1) с преимущественно седативным компонентом действия, обладающие выраженной успокаивающей активностью и особенно эффективно устраняющие невротические и психопатоподобные нарушения с преобладанием возбуждения, повышенной раздражительности, эксплозивности, гневливости, злобности, страха: *лоразепам (лорам, лоранс, мерлит), мепробамат, нитразепам, оксазепам (нозепам, тазепам), темазепам (сигнопам), феназепам, хлордиазепоксид (напотон, элениум, хлорзепид)*;

2) с преимущественно стимулирующим компонентом действия, оказывающие выраженное анксиолитическое и мягкое активирующее влияние на психоэмоциональную сферу, вследствие чего особенно эффективны при тревожно-невротических нарушениях: *гидроксазин (атаракс), диазепам (валиум, диапам, реланиум, седуксен, сибазон), медазепам (рудотель, нобритем), тофизолам (грандаксин), триоксазин*.

Дополнительно выделяются транквилизаторы с тимоаналептическим (антидепрессивным) действием – *альпразолам (золдак, кассапан, ксанакс), бензоклидин (оксилитин)* и «дневные» (отсутствие заметного седативного, снотворного, миорелаксирующего и противосудорожного действия) – *мебикар, медазепам, пирроксан, тофизолам, фенибут*.

Анксиолитической активностью обладают некоторые антигистаминные и ноотропные средства, β -адреноблокаторы (*пропранолол*) и α_2 -адреномиметики (*клонидин*), гетероциклические антидепрессанты с седативным компонентом и ингибиторы МАО, аминокислоты (*глицин*), малые дозы нейростимуляторов.

Лечение транквилизаторами начинают со средне терапевтических доз с постепенной их коррекцией до уровня индивидуально - адекватных. При ХПЭН и ПТСР транквилизаторы назначаются короткими курсами (до 2 недель) 2-3 раза в день, при этом препараты длительного действия принимаются преимущественно на ночь. Обычно клинический эффект развивается быстро. Большинство препаратов вызывают замедление скорости реакции, поэтому пациенты, занимающиеся потенциально опасными видами деятельности, требующие быстроты психических и двигательных реакций и повышенного внимания, должны быть предупреждены о возможных побочных действиях лечения. Для пациентов этой категории более целесообразен прием «дневных» транквилизаторов. Прекращение лечения транквилизаторами при длительном приеме (более 6 недель) возможно лишь с постепенным снижением дозы во избежание появления тяжелого синдрома отмены или лекарственной зависимости. Транквилизаторы противопоказаны при тяжелой миастении, остром приступе глаукомы, беременности, повышенной чувствительности к препарату.

Применение *антидепрессантов* (синоним: тимоаналептики), то есть средств, обладающих преимущественным воздействием на патологически сниженное настроение (депрессивный аффект), устраняет апатию и заторможенность; нивелируют тоску, чувство пессимизма и бесперспективности; нормализует сон и настроение; улучшает самочувствие; повышает инициативность, активность и работоспособность. У здоровых лиц прием антидепрессантов повышение настроения не вызывает, так как они не обладают эйфоризирующим действием.

На основании клинико-терапевтических наблюдений по степени убывания седативных и нарастания стимулирующих свойств антидепрессанты разделяются на три группы:

1) с дополнительным седативным компонентом действием, эффективно устраняющие тревожной-депрессивные проявления: *фторацизин*, *тримипрамин* (*сюрмонтил*, *сапилент*), *доксепин* (*синэксван*, *апонал*), *амитриптилин* (*лароксил*, *триптозил*, *элавин*), *миансерин* (*леривон*, *атимил*, *миансан*), *азафен* (*типофезин*), *амоксапин* (*моксадил*, *демолукс*), *оксалидин* (*бензоклидин*), *флувоксамин* (*феварин*, *мироксим*), *опипрамом* (*инсидон*, *прамалон*), *мефазодон* (*серзон*);

прессантов повышение настроения не вызывает, так как они не обладают эйфоризирующим действием.

На основании клинико-терапевтических наблюдений по степени убывания седативных и нарастания стимулирующих свойств антидепрессанты разделяются на три группы:

1) с дополнительным седативным компонентом действием, эффективно устраняющие тревожной-депрессивные проявления: *фторацизин*, *тримипрамин* (*сюрмонтил*, *сапилент*), *доксепин* (*синэксван*, *апонал*), *амитриптилин* (*лароксил*, *триптозил*, *элавин*), *миансерин* (*леривон*, *атимил*, *миансан*), *азафен* (*типофезин*), *амоксапин* (*моксадил*, *демолукс*), *оксалидин* (*бензоклидин*), *флувоксамин* (*феварин*, *мироксим*), *опипрамом* (*инсидон*, *прамалон*), *мефазодон* (*серзон*);

2) со сбалансированным действием, эффективно устраняющие размытые, недостаточно четко оформленные, смешанные (тревожно-тоскливые) или полиморфные депрессивные нарушения: *венлафаксин* (*эффексор*), *триптофан* (*атримон*, *бикалм*, *левотим*), *мапротилин* (*лудиомил*), *тианептин* (*стаблон*, *коаксил*), *лофепрамин* (*гамонил*, *тимелит*), *сертралин* (*золофт*), *пароксетин* (*аропакс*, *паксил*), *ритансерин*, *пиразидол* (*пирлиндол*), *кломипрамин* (*анафранил*, *гидифен*);

3) с дополнительным стимулирующим компонентом действием, эффективно устраняющие апато-анергических (заторможенные) депрессивные проявления: *виллоксазин* (*вивалан*, *эмовит*), *инказан*, *бефол*, *имипраamil* (*тофранил*), *нортриптилин* (*авентил*, *психостил*, *нортрилен*), *метапрамин* (*тимаксель*), *флуоксетин* (*прозак*, *продел*), *толоксатон* (*гуморил*, *перенум*), *сиднофен*, *ниаламид* (*нудерал*, *новазид*), *фенелзин* (*нордил*).

Дополнительно выделяется группа с анксиолитической (транквилизирующей) активностью – *опипрамол, тразодон*.

Лечение антидепрессантами начинают со среднетерапевтических (но не минимальных!) доз с постепенным их увеличением до уровня индивидуально - адекватных. Недопустимо одновременное применение антидепрессантов разных фармакологических групп и нежелательно сочетание с некоторыми психотропными препаратами (нейролептиками). При ХПЭН и ПТСР антидепрессанты могут назначаться курсами длительностью не менее 4 недель, 1-2 раза в день, при этом препараты с седативным действием принимаются преимущественно на ночь, а со стимулирующим – утром и днем. Обычно клинический эффект развивается через 2-3 недели приема препарата в адекватно подобранной дозе. Прекращение лечения антидепрессантами возможно лишь с постепенным снижением дозы во избежание рецидива депрессивной симптоматики или появления эффекта отмены с тяжелыми вегетативными сдвигами. Рекомендуется оставлять прием препарата 2-3 раза в неделю в течение месяца после достижения устойчивого клинического эффекта. Следует осторожно применять антидепрессанты у больных с сердечной, почечной и печеночной недостаточностью. Антидепрессанты с холинолитической активностью противопоказаны к назначению пациентам с закрытоугольной глаукомой и гипертрофией предстательной железы.

В практике наиболее часто встречается сосуществование тревоги и депрессии, поэтому имеются **комбинированные препараты**, содержащие транквилизатор и антидепрессант – *амиксид (хлордиазепоксид + амитриптилин)* и *либракс (хлордиазепоксид + клидиния бромид)*.

Применение средств, **нормализующих метаболические процессы** в организме, является обязательным элементом комплексной коррекции ХПЭН и ПТСР, так как способствует более полноценному восстановлению функционального состояния и работоспособности военнослужащих.

К таким средствам относятся фармакологические препараты из разных групп или их комбинации: поливитамины (*ундевит, гексамевит*) и поливитаминные комплексы с микроэлементами (*олиговит, юникап*); актопротекторы (*биметил, томерзол, яктон*); антигипоксанты (*олифен, амтизол, триметазидин*); ноотропы (*пирацетам*); производные пиримидиновых и пуриновых оснований (*рибоксин, оротат калия, натрия нуклеинат*); аминокислоты и их производные (*метионин, глицин, аспаркам, глутамевит*); адаптогены растительного и животного происхождения (*экстракт элеутерококка, настойки женьшеня и заманихи, пантокрин, сапарал*). Их целесообразно применять короткими курсами (до 2 недель) в среднетерапевтических дозах.

Фармакологическая коррекция должна опираться на особенности клинической картины ХПЭН и ПТСР в каждом конкретном случае. Поэтому сочетание различных селективных терапевтических «спектров» фармакологических препаратов при сохранении общей направленности их основного клинического действия создает широкие возможности

индивидуализации терапевтической тактики для каждого пациента с ХПЭН и ПТСР.

2.3. Другие не медикаментозные методы коррекции ХПЭН и ПТСР

В комплексной коррекции ХПЭН и ПТСР у личного состав ВКС помимо психологических методов и фармакологических средств должны активно использоваться физиологические (специальные физические и дыхательные упражнения, водные процедуры, инфракрасное и ультрафиолетовое облучение, контрастные температурные воздействия, оксигенобаротерапия), электрофизиологические (франклиннизация, гальванизация, электронеуромиостимуляция, транскраниальные электроцеребральные воздействия – электросон, электроанальгезия и электротранквилизация), психофизиологические (аппаратные и компьютерные методики с биологической обратной связью и технологией искусственных стабильных связей мозга, такие как цвето-формо- или биоакустическое воздействие), воздействия на биологически активные точки (массаж, прижигание, иглокалывание) и др.

Контрастные температурные воздействия – температурное воздействие в сауне, при котором сухое тепло с последующим охлаждением и релаксацией оказывает комплексное восстановительное действие на организм пациента. Температура воздуха в сауне должна быть в пределах 70-90° при влажности 10-15 %. При проведении терапии совершаются два-три посещения сауны продолжительностью 8-10 мин (до появления заметного потоотделения и покраснения кожи). Между посещениями сауны должны быть 5-10 минутные перерывы для приема охлаждающего душа, купания в бассейне, отдыха, массажа и др.

В комплексе лечебных мероприятий при ПТСР определенное место должны занимать **газовые ванны** - *тонизирующий (жемчужные), катаболический (кислородные), седативный, анальгетический, гипосенсибилизирующий (азотные).*

Газовые ванны готовят путем насыщения пресной воды температуры 35-37 С различными газами. После насыщения воды газом больной погружается в емкость и принимает удобное положение. После ванны больного укутывают в шерстяное одеяло и укладывают на кушетку для отдыха в течение 20-30 мин. *Дозирование* процедур осуществляют по концентрации растворенного газа и величине пузырьков, которые зависят от его давления, а также температуре воды, ее объему, продолжительности процедуры и их количеству. Продолжительность газовых ванн составляет 10-15 мин. Процедуры проводят с перерывом на 3-й день. На курс лечения

назначают 10-20 ванн. Повторные курсы газовых ванн проводят через 2-3 мес.

Оксигенобаротерапия – лечебное применение кислорода под давлением. В основе метода лежит закон Генри, согласно которому количество газа, растворяющегося в жидкости, прямо пропорционально его парциальному давлению. Поэтому при использовании гипербарической оксигенации растворенный в плазме (не связанный с гемоглобином) кислород устраняет проявления вторичной тканевой гипоксии – одного из ведущего патогенетического механизма ХПЭН и ПТСР.

Франклинизация – лечебное воздействие на пациента постоянного электрического поля. В основе метода лежит снижение возбудимости и проводимости претерминальных участков свободных нервных окончаний кожи и слизистых оболочек индуцирующимися при воздействии токами. Это существенно ограничивает потока афферентной импульсации в вышележащие отделы центральной нервной системы и приводит к усилению тормозных процессов в подкорковых центрах и коре головного мозга. В результате у пациента нормализуется психоэмоциональное состояние, нивелируются соматовегетативные дисфункции, повышается работоспособность.

Гальванизация – лечебное применение постоянного электрического тока. При гальванизации в тканях активируются системы регуляции локального кровотока, вследствие чего повышается содержание биологически активных веществ (брадикинин, калликреин, простагландины) и вазоактивных медиаторов (ацетилхолин, гистамин). В результате усиливается синтез макроэргов в клетках, стимулируются обменно-трофические, регенерационные и местные нейрогуморальные процессы в тканях. Для лечения ХПЭН и ПТСР применяют общую гальванизацию, а также гальванизацию рефлексогенных и сегментарно-метамерных зон.

Электронейромиостимуляция – лечебное воздействие импульсными асимметричными токами нервно-мышечный аппарат пациента. Метод основан на общефизиологических принципах воздействия на нервно-мышечный аппарат слабого электрического тока, вызывающего естественное сокращение и последующее расслабление скелетных мышц. Применяются два варианта электронейромиостимуляции: активирующий и релаксирующий. При активирующем варианте электростимуляция проводится в надпороговом режиме, а релаксирующем – в подпороговом (на уровне вибромассажа мышц).

Галотерапия – лечебное использование аэрозоля каменной соли (хлорида натрия). В данном методе используют дисперсную системов газов

воздуха, в которой взвешены твердые частицы хлорида натрия, которые проникают до уровня мелких бронхов и вызывают увеличение амплитуды движений ресничек мерцательного эпителия бронхов, активируя мукоцилиарный транспорт. Они восстанавливают нормальную осмолярность секрета бронхов и бронхиол, снижают секреторную функцию слизистой бронхов. Важнейшим положительным свойством этого метода является исследованный нами вегетостабилизирующий эффект.

Действующим фактором галотерапии является сухой высокодисперсный аэрозоль хлорида натрия, 80% частиц которого имеют размеры менее 5 мкм. Счетная концентрация хлорида натрия составляет 5-15 мг/м³.

Лечебные процедуры осуществляют в специальных *галокамерах*.

Процедуры проводят, сидя в удобных креслах, одежда больных не должна стеснять дыхательные пути, чтобы обеспечивать свободные вдох и выдох. *Дозирование* процедур проводят по счетной концентрации аэрозоля, производительности галогенератора и продолжительности лечебного воздействия. Продолжительность ежедневно проводимых воздействий составляет 15-30 минут, курс лечения – 5-7 процедур. Повторный курс галотерапии проводят через 6-12 месяцев.

Электросон – лечебное воздействие импульсных токов на гипногенные структуры головного мозга пациента. В основе метода лежит угнетение импульсной активности аминергических нейронов голубого пятна и ретикулярной формации формирующимися токами, что приводит к снижению восходящих активирующих влияний на кору головного мозга и усилению процессов внутреннего торможения. Этому способствует и синхронизация частоты следования импульсов тока с медленными ритмами биоэлектрической активности головного мозга (Δ - и Θ -волнами). В силу динамического характера деятельности головного мозга при электросонотерапии условно выделяют две функциональные фазы – торможения и активации. Первая из них проявляется во время процедуры и характеризуется дремотным состоянием, сонливостью, урежением частоты сердечных сокращений и дыхания, снижением интенсивности активирующих ритмов биоэлектрической активности головного мозга. Через 30 мин после окончания процедуры возникает фаза активации, которая проявляется в ощущении пациентом бодрости и свежести, снижении утомления, повышении работоспособности, улучшении настроения и активации корковых процессов.

Электротранквилизация ЦНС – лечебное воздействие импульсными токами на лобные доли головного мозга пациента с помощью серийного прибора «ЛЭНАР». В основе метода лежит селективное возбуждение эндогенной опиоидной системы ствола головного мозга, что способствует уменьшению возбудимости эмоциогенных структур гипоталамуса за счет уменьшения притока биологической информации с периферии. При этом

отмечается улучшение настроения, исчезает беспокойство, тревога и чувство страха. Используется для замены фармакологических препаратов анксиолитического, анальгетического и седативного действия.

Методы *воздействия на биологически активные точки* являются разновидностями рефлексотерапии. Раздражение рецепторов периферических нервов в проекционных зонах внутренних органов вызывает сложную цепь рефлекторных реакций, в которую вовлекаются соответствующие отделы периферической и центральной нервной системы, что приводит к изменению функционального состояния отдельных органов и организма в целом. Для воздействия наиболее доступными являются рефлекторные зоны кистей рук, подошвы стоп, лица. Наибольший практический интерес представляет массаж биологически активных точек подошвенной поверхности стоп, где наиболее тесно представлены проекционные зоны практически всех органов.

Для повышения эффективности лечения различных видов ПТСР (вегетозов и др.), нами была использована новая система СУ-ДЖОК акупунктуры, разработанная профессором Пак Чже Ву.

Приоритетность метода СУ-ДЖОК обеспечивает:

- практическая безвредность;
- простота использования;
- экономичность при проведении лечения.

Воздействие осуществляется путем введения игл при помощи магнитного инъектора в биологически активные точки.

Проводятся следующие воздействия:

- 1) «базисное энергетическое»;
- 2) «по основной системе соответствия кисти и стопы»;
- 3) «по мини-системе»;
- 4) «по 6 энергиям (основным или отраслевым с учетом энергетической конституции или доминирующей энергии)».

Курс лечения составляет 10-15 сеансов, ежедневный контроль за проведением акупунктурной терапии целесообразно проводить на приборе «Риодораку» (НИИ, «Биофизприбор», Санкт-Петербург).

Отмечена высокая эффективность в комплексе терапевтических мероприятий при различных формах ПТСР *эфферентных методов коррекции* – плазмаферез, криоплазмасорбция, лазерное и ультрафиолетовое облучение крови.

Объемно-акустическая коррекция

Воздействие оказывается положительным акустическим полем, формируемым электроакустическим стереофоническим комплексом объемного воздействия («кубик» с акустическим магнитным преобразователем) и акустическим излучателем специально организованного шума. Этот комплекс воспроизводит стоячие звуковые

волны с частотной характеристикой 2кГц – 13кГц и интенсивностью 10дБ – 40дБ. Принцип воздействия – резонансный, осуществляемый акустическими волнами, которые «стоят» вокруг «кубика» и одновременно движутся вдоль него (от лица «кубика»). При этом, в акустическом поле электромагнитные составляющие – идентичны по фазе, но отличны по амплитуде. В традиционных акустических системах акустические волны сопровождают соответствующие электромагнитные волны, но они настолько малы, что ими пренебрегают для практических расчетов. В данной же системе звук – усилен по электромагнитной составляющей, за счет чего углубляется воздействие на живую ткань (мощность усилителя 60-100 ватт). Следует отметить, что даже обычный звук способен изменять химические и биохимические реакции. На этом основано лечение голосом и даже в промышленности звук используют как катализатор ускорения химических реакций. В стоячих волнах, усиленных по электромагнитной составляющей (при подпороговом уровне воздействия) тело человека как бы «разрезается» на множество определенных иерархически связанных объемных ячеек. В отличие от обычных акустических систем, «кубик» оказывает воздействие не только на слуховые анализаторы, но и на все тело человека, вызывая стойкое улучшение психофизиологических показателей: снижается мощность очагов пароксизмальной активности (данные ЭЭГ – исследований), снижается в 1,5-1,8 раз коэффициент функциональной межполушарной асимметрии, стабилизируется альфа диапазон частот и, в целом, нормализуется распределение ритмов ЭЭГ. При этом больные отмечают улучшение самочувствия и настроения, снижение уровня тревожности, депрессивности, улучшение сна, нормализацию сердечного ритма и т.д.

Рекомендуемые режимы воздействия: от 30 до 60 мин с интервалом в день (не больше 7-10 сеансов в течение месяца). По возможности, пациентам следует стоять, а не сидеть, чтобы весь позвоночник был на доступе «стоячих» волн для «подпорогового массажа». Через месяц курс можно повторить. Лечебное воздействие оказывают звуковые волны духовной или классической музыки. При этом необходимо учитывать характер ЭЭГ пациента (стабильность – нестабильность, уплощенность, наличие гиперсинхронизирующих процессов), неврологический статус, сердечную патологию. Так, при начальных проявлениях ИБС монотонные песнопения или звучание арфы приводят к урежению приступов стенокардии, стабилизации сердечного ритма, усилению процессов синхронизации, нормализации сна. Многоголосье и орган способствуют снижению процессов гиперсинхронизации.

Рекомендуемые режимы воздействия: 1 час с интервалом 1 день (не больше 7-10 сеансов в течение месяца). По возможности, пациентам следует стоять, а не сидеть, чтобы весь позвоночник был на доступе «стоячих» волн для подпорогового массажа. Через один месяц курс можно повторить. Лечебное воздействие оказывают звуковые волны духовной или классической музыки. При этом необходимо учитывать характер ЭЭГ

пациента (стабильность – нестабильность, уплощенность, наличие гиперсинхронизирующих процессов), неврологический статус, сердечную патологию. Так, при начальных проявлениях ИБС монотонные песнопения или звучание арфы приводят к урежению приступов стенокардии, стабилизации сердечного ритма, усилению процессов синхронизации, нормализации сна. Многоголосье и орган способствуют снижению процессов гиперсинхронизации.

Цвето-формокоррекция психоэмоциональных нарушений при ХПЭН и ПТСР

В комплексную коррекцию психического статуса с ХПЭН и ПТСР необходимо включать цвето-формовоздействия с экрана монитора компьютера и воиджера.

В случае выраженных депрессивных ипохондрических и фобических проявлений в структуре ПТСР, включающих суицидальные тенденции целесообразно применение комплексных («активизация», «релаксация») и специализированных методик («релаксация зрительного анализатора», «нейтрализация стресса»).

Эти методики базируются на специально отобранных цветовых гаммах и движущихся на экране монитора компьютера геометрических фигурах, либо реальных изображениях.

Для успешной работы программы необходимы следующие требования, предъявляемые и программным и аппаратным средствам ПЭВМ пользователя:

- операционная система Windows 95/98;
- оперативная память 16 МБ;
- процессор типа Pentium 200 и более новые модификации;
- свободное пространство на жестком магнитном диске 20 МБ;
- видеоадаптер позволяющий установить цветовую палитру не менее 16 бит;
- монитор поддерживающий разрешение 1024X768;
- наличие дисковода 3,5 дюйма.

Направления коррекции ХПЭН и ПТСР

А. Медикаментозная терапия

1. Симптоматическая терапия, назначаемая в зависимости от заинтересованности конкретной эффекторной системы
2. Иммуномодуляторы (биокорректоры)
3. Адаптогены
4. Витаминные комплексы
5. Транквилизаторы
6. Антидепрессанты
7. Нейролептики и др.

Б. Немедикаментозная терапия

1. Транскраниальная электроанальгезия
2. УВЧ-индуктотермия на область переднего средостения
3. Галлотерапия
4. Программированное акупунктурное воздействие с БОС
5. Эфферентные методы коррекции
6. Цвето-формо и биоакустическое воздействие
7. Объемно акустическая терапия и др.

В. Проведение психокоррекции по индивидуальным программам с использованием психической саморегуляции, нейролингвистического программирования, гештальт-терапии, релаксационных воздействий в комбинации с БОС, гипносуггестивных техник, телесноориентированной психотерапии, тренинга сенситивности, асептивной тренировки и др.

III. ПРОФИЛАКТИКА ХПЭН И ПТСР У ЛИЧНОГО СОСТАВА

Используемые меры и мероприятия профилактики ХПЭН и ПТСР у личного состава условно могут быть разделены на социальные, организационные, военно-профессиональные (профессионально-психологический отбор и психофизиологическое сопровождение профессиональной деятельности), физиолого-гигиенические, фармакологические и др.

3.1. Социальные меры

Социальные меры профилактики ХПЭН и ПТСР подразумевают государственное гарантирование правовой защищенности выполнения некоторых видов профессиональной деятельности; обеспечение должного материального положения; льгот и компенсаций за нанесенный ущерб состоянию здоровья; надлежащего пенсионного обеспечения и компенсаций членам семьи в случае гибели военнослужащего и т.п.

Важную роль в социальных мерах играет вовлечение военнослужащих в социальную активность, направленную на установление в обществе нравственных, свободных и справедливых отношений.

3.2. Организационные мероприятия

Организационные мероприятия включают: нормирование профессиональной деятельности и предоставление дополнительных (профилактических, реабилитационных) отпусков по достижению определенной нагрузки или после выполнения служебных обязанностей в экстремальных условиях (дальние автономные походы, несение боевых дежурств, участие в боевых действиях и др.); строгое соблюдение распорядка дня с рациональным режимом труда и отдыха; надлежащее оснащение рабочего места; адекватные обстановке бытовые условия; полноценное питание и водоснабжение; своевременное банно-прачечное обслуживание и др.

3.3. Военно-профессиональные мероприятия

Военно-профессиональные мероприятия профилактики ХПЭН и ПТСР состоят из профессионального психологического отбора и психофизиологического сопровождения профессиональной деятельности военнослужащих.

Профессионально-психологический отбор – это комплекс мероприятий, обеспечивающих рациональное комплектование воинских должностей и подразделений на основе оценки степени соответствия

индивидуальных психофизиологических качеств и психологических особенностей военнослужащих требованиям конкретной воинской специальности и военно-профессиональной деятельности подразделения. Достаточно полная и быстрая оценка индивидуальных возможностей социально-психологической адаптации военнослужащих и прогноз их профессиональной пригодности могут быть проведены по результатам теста МЛО «Адаптивность» (приложение №2). Так, из числа военнослужащих I группы профессиональной пригодности при хорошей профессиональной подготовке и боевом слаживании целесообразно создавать ударные подразделения; из числа военнослужащих II группы – подразделения огневой поддержки, а военнослужащих III группы целесообразно использовать в подразделениях обеспечения вне зоны боевых действий.

В настоящее время перспективным направлением в профилактике ХПЭН и ПТСР у военнослужащих является определение так называемых «условных» генетических маркеров (характер вегетативного обеспечения организма, сочетание антигенов HLA, тип ацетилирования). Лицам призывного возраста, при выявлении у них сочетания изменений показателей, в виде преобладания симпатикотонических влияний ВНС, антигенов HLA A2 CW2 DR5 и “медленного” типа ацетилирования характерна пониженная стрессустойчивость и повышенная чувствительность к действию стрессовых средовых факторов (социальных, климато-географических, эколого-профессиональных и др.). Представленное сочетание показателей является противопоказанием для проведения тонзиллэктомии, так как резко повышает риск возникновения ПТСР на фоне ХПЭН у военнослужащих молодого возраста.

Психофизиологическое сопровождение профессиональной деятельности военнослужащих – это система мероприятий направленных на поддержание оптимального функционального состояния и высокой профессиональной работоспособности военнослужащих для повышения боеспособности войсковых частей и подразделений в целом.

К мероприятиям психофизиологического сопровождения профессиональной деятельности относятся: выявление элементов специальной подготовки, предъявляющих повышенные требования к здоровью, физической подготовленности и психоэмоциональной устойчивости военнослужащих (тренировка выхода из затонувшей подводной лодки через торпедный аппарат, учения с боевыми стрельбами и т.д.); рациональное перераспределение военнослужащих по специальностям и подразделениям; динамическая оценка функционального состояния и работоспособности военнослужащих, прогнозирование эффективности их деятельности в экстремальной ситуации и выявление лиц группы риска; оптимизация функционального состояния военнослужащих (коррекция утомления, психоэмоционального напряжения, астенических и дизадаптационных проявлений); поддержание высокой профессиональной работоспособности военнослужащих (специальная физическая подготовка,

отработка сложных элементов профессиональной деятельности на тренажерах, тренировка действий в возможных аварийных ситуациях и т.д.).

3.4. Физиолого-гигиенические мероприятия

Физиолого-гигиенические мероприятия профилактики ХПЭН и ПТСР подразумевают различные методы, способы и средства повышения неспецифической резистентности организма военнослужащих к стрессовым воздействиям. Эти мероприятия проводятся в плановом порядке и включают: общую физическую подготовку, закаливание организма, ультрафиолетовое облучение, витаминизацию готовой пищи и т.д.

3.5. Профилактический прием фармакологических средств

В ходе планирования реальных действий в чрезвычайной обстановке возможно заблаговременное выявление ситуаций, в которых вероятно возникновение острых психоэмоциональных состояний у части личного состава подразделения. Общим признаком таких ситуаций является столкновение психологически неподготовленных военнослужащих со стрессовым воздействием экстремальной выраженности, например, при первом выполнении молодыми военнослужащими боевой задачи или при выполнении спасательных и специальных работ в очагах стихийных бедствий и катастроф. В этих и других случаях при наличии резерва времени до 8 ч и более целесообразно *профилактическое применение фармакологических (психофармакологических) средств* с целью создания функционального психоэмоционального резерва за счет снижения интенсивности предстартового возбуждения и предотвращения преждевременного расходования энергетических запасов организма. Нуждаемость в профилактическом приеме психофармакологических средств определяется как уровнем ситуационной тревожности (шкала Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина) и личностного потенциала социально-психологической адаптации, так и характером личностных акцентуаций военнослужащего (тест МЛЮ «Адаптивность», приложение № 2).

Профилактика стрессовых расстройств у военнослужащих достигается применением *феназепам*, а для лиц операторского или умственного труда – *фенибут*, *пирроксан*, *пирацетам*, *сиднокарба* или *этимизола* в зависимости от личностных особенностей, отражаемых базовыми шкалами (1-й уровень) теста МЛЮ «Адаптивность»:

*Выбор индивидуального стресс-протекторного препарата
по результатам психофизиологического обследования*

шкала препарат	Hs	D	Hу	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	ЛТ
Феназепам	–	+		+			+	–		+	+
Фенибут	+							+			
Пирроксан		+									+
Пирацетам	в		+		в		+	+			
Сиднокарб	+	+	–	–						+	+
Этимизол			+	в					в		

Примечания:

"+" – препарат эффективен как при повышенных, так и существенно сниженных показателях соответствующей шкалы;

"–" – препарат противопоказан при акцентуациях по данной шкале, так как у таких лиц усиливает выраженность стресс-реакций;

"в" – препарат эффективен только при высоких значениях показателя по данной шкале;

Hs-Si – базовые шкалы теста МЛО «Адаптивность» (Hs – ипохондричность, D – депрессивность, Hу – истеричность, Pd – импульсивность, психопатичность, Mf – женский тип эмоционального реагирования, Pa – паранояльность, Pt – психастеничность, Sc – ригидность мышления, шизоидность, Ma – гипоманьякальность, Si – социальная интроверсия);

ЛТ – шкала личностной тревожности теста Спилбергера - Ханина.

Индивидуально подобранные препараты принимаются по 1-2 таблетки внутрь однократно перед возможным стрессовым воздействием или при первых признаках психоэмоционального напряжения в порядке само- и взаимопомощи. Так, при наличии выраженных ипохондрических акцентуаций могут применяться *фенибут, пирацетам, сиднокарб*; при депрессивных – *феназепам, пирроксан, сиднокарб*; при истерических – *пирацетам, этимизол*; при психопатических – *феназепам, этимизол*; при эмоциональной сенситивности (женском типе эмоционального реагирования) – *пирацетам*; при психастенических акцентуациях – *феназепам, пирацетам*; при шизоидных – *фенибут, пирацетам*; при гипоманиакальном возбуждении – *этимизол*; при социальной интроверсии – *феназепам, сиднокарб*; при высокой личностной тревожности – *феназепам, пирроксан, сиднокарб*. Если у военнослужащего выявляются акцентуации по нескольким шкалам, то подбирается такой состав рецептуры, который полностью перекрывает профиль личностных акцентуаций. При необходимости через 4-6 ч прием выбранного препарата повторяют в дозе 1 таблетке.

В случае невозможности индивидуального подбора препарата стресс-протекторный эффект может достигаться использованием *феназенама* в разовой дозе 0.5-1 мг или *фенибута* в разовой дозе 500-750 мг.

IV. ОСНОВЫ СУИЦИДОЛОГИИ

Суицидальное поведение - завершённые самоубийства, покушения на свою жизнь, суицидальные мысли, идеи, намерения. Это достаточно сложный и многоаспектный феномен.

Проблема самоубийств рассматривается философами и изучается социологами, педагогами, психологами, юристами и медиками. Профилактикой самоубийств и оказанием помощи суицидентам (лицам, покушавшимся на свою жизнь) занимается множество специалистов.

Каждая светское и религиозное учение, доктрина имеют свои суждения (обычно - отрицательные) по поводу добровольного ухода из жизни. Не безразличны к этой проблеме и представители государственной власти, утверждая свое официальное отношение к суицидальному поведению (введение в национальное законодательство статьи уголовной ответственности за покушение на самоубийство или доведения до самоубийства). Тема самоубийства часто служит предметом произведений искусства - литературы, поэзии, живописи, кино. Не удивительно поэтому, что со временем сформировалось мультидисциплинарное научное направление – суицидология, как комплексная наука о самоубийствах, суицидальном поведении, их распространенности, мотивации, причинах, истории, методах изучения, системе и методах профилактики.

В становлении отечественной суицидологии несомненная заслуга принадлежит профессору А. Г. Амбрумовой (СССР). Ее активная деятельность осуществлялась в 70-е 80-е годы, когда тема самоубийств была запрещена для публичного обсуждения. А. Г. Амбрумова объединила усилия специалистов различного профиля психиатров, психологов, социологов, юристов, изучавших суицидальное поведение. Она открыла возможности для совместного обсуждения (семинары в Москве, Днепропетровске, Ленинграде и др.), стимулировала исследовательскую и публикационную деятельность (первый сборник научных статей «Актуальные проблемы суицидологии» вышел в 1978 году в Москве), организовала первую превентивную суицидологическую службу.

В те же годы складывается и «ленинградская» суицидология, включая сотрудников Психоневрологического Института им. В.М. Бехтерева и ряд независимых исследователей.

В 90-е годы XX века усилиями автора создана Санкт-Петербургская научная школа суицидологии, сформировано направление военной суицидологии.

Уровень самоубийств, как следствие социального неблагополучия служит одним из важнейших индикаторов социального, экономического, политического состояния общества.

Есть основания полагать, что реальное количество добровольных смертей еще выше за счет «пропавших без вести». Более высокий уровень

самоубийств, чем представлено в официальной статистике, фиксируется судебно-медицинскими экспертами.

Теория и методика суицидологии как научного направления впервые была представлена в публикации «Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии», 1999.

Гишинский Я.И., Юнацкевич П.И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии: Учебное пособие / Под ред. В.А. Кулганова. Санкт-Петербург, 1999. – 338 с.

Объект суицидологии - суицидальное поведение.

Предмет суицидологии - психофизиологические и медико-психолого-педагогические закономерности экспертизы, диагностики, профилактики и коррекции суицидального поведения, определение и обоснование психофизиологических и медико-психолого-педагогических принципов и подходов к оптимизации путей психофизиологической и психолого-педагогической коррекции и профилактики суицидального поведения.

Суицидология как отрасль девиантологии, изучает вопросы суицидального поведения, его экспертизы, диагностики, коррекции и профилактики, разрабатывает рекомендации, направленные на повышение эффективности педагогических систем государства. Методологическую основу суицидологии составляет системно-структурный анализ процесса суицидального поведения, который рассматривается во взаимосвязи со структурой личности и педагогическими системами государства, осуществляющими воспитание и обучение человека. При выпадении воспитательного блока из образовательной системы создаются негативные условия, запускающие суицидальное поведение.

Основные задачи суицидологии заключаются в определении объективных закономерностей суицидального поведения, судебно-медицинской экспертизы, психолого-педагогической диагностики, коррекции и профилактики дальнейших рецидивов.

Педагогическая деятельность руководителя органа государственной власти, основанная на рекомендациях суицидологии, позволяет эффективно обеспечить коррекцию и профилактику суицидального поведения среди государственных служащих, личного состава и населения.

Сокращение числа суицидов и покушений на них возможно при условии, если:

- изучать состояние разработки и тенденции развития проблемы суицидологии;

- выявлять социально-психологические особенности лиц с суицидальным поведением, дефекты условий воспитания лиц с суицидальным поведением и условия, способствующие развитию суицидального поведения в процессе жизнедеятельности;

- исследовать источники дезадаптации, раннего развития нервно-психической неустойчивости, способствующих формированию суицидального поведения;

- разрабатывать и использовать автоматизированные методы диагностики и коррекции суицидального поведения;

- формировать психолого-педагогические пути поддержания и укрепления психологической устойчивости населения по преодолению трудностей и преград жизнедеятельности, формирования морально-психологических качеств, исключающих суицидальное поведение и обеспечивающих выполнение гражданских и профессиональных обязанностей в любых условиях складывающейся обстановки;

- совершенствовать методики экспертизы, психологической и психиатрической диагностики, психолого-педагогической коррекции и профилактики суицидального поведения.

Задачи суицидологии:

1. Изучение состояния разработки и тенденции развития проблем и вопросов суицидологии.

2. Определение социально-психологических особенностей лиц с суицидальным поведением, дефекты условий воспитания лиц с суицидальным поведением и условия, способствующие развитию суицидального поведения в процессе жизнедеятельности.

3. Исследование источников раннего развития дезадаптации, нервно-психической неустойчивости, способствующих формированию суицидального поведения.

4. Разработка, использование и совершенствование автоматизированных методов диагностики и коррекции суицидального поведения.

5. Обоснование психолого-педагогических путей поддержания и укрепления психологической устойчивости государственных служащих и граждан по преодолению трудностей, связанных с их жизнедеятельностью, формирование морально-психологических качеств, исключающих суицидальное поведение и обеспечивающих выполнение задач в любых условиях складывающейся обстановки.

6. Определение и обоснование принципов и путей оптимизации психофизиологической и медико-психолого-педагогической коррекции и профилактики суицидального поведения.

Для решения поставленных задач используется комплексная методика исследования, включающая в себя методы обобщения, анализа, наблюдения, беседы, тестов, опроса, анализа документов и результатов деятельности, педагогического эксперимента, математической обработки данных.

Методологическую основу суицидологии составляют следующие научные положения:

Дискурсивно-оценочный метод (ДОМ) - анализ, обсуждение и оценка дискурсивных и поведенческих практик субъектов в различных аспектах жизнедеятельности. Его осуществляют эксперты и граждане, с позиций следующих принципов.

Глобальный экологический принцип (ГЭП);

Глобальный экологический этический принцип (ГЭЭП);
Правило III-C.

Анализ, обсуждение и оценка дискурсивных и поведенческих практик субъектов в различных аспектах жизнедеятельности происходит на некотором временном интервале в итеративном режиме при помощи определённого набора оценочных шкал:

шкала вреда;
шкала профессионального соответствия;
шкала должного поведения и другие.

Временной интервал задается обстановкой, корректируется степенью социального возмущения граждан.

При этом осуществляется визуализация оценок и предпочтений экспертов и граждан в открытых информационных средах. Это происходит до получения практически полезных результатов (решений), корректирующих социальные действия (поведение) оцениваемых субъектов.

Глобальный экологический принцип (ГЭП) – принимаемое большинством субъектом правило: не вреди окружающей среде, другим субъектам и самому себе.

Глобальный экологический этический принцип (ГЭЭП) – принимаемое большинством людей правило поведения - вести себя нужно так, чтобы не вредить другим, среде обитания и себе.

Правило III-C - не вреди себе (C1), соседям (C2), среде обитания (C3) не мыслью, ни словом, ни делом; созидай для себя, соседей, среды обитания мыслью, словом, делом.

Экологический поведенческий императив - отражает нравственное правило III-C: не вреди себе (C1), соседям (C2), среде (C3) ни мыслью, ни словом, ни делом; созидай для себя (C1), соседей (C2), среды (C3) мыслью, словом, делом.

Наши исследования показали, что для каждого человека для его нормального функционирования (в биологическом, физическом, соматическом, психическом, экономическом, социальном отношении) в первую очередь нужно не причинять вреда другим (C2). Это важнейшая задача настоящего и будущего – сделать так, чтобы в поведении каждого человека соблюдался экологический поведенческий императив. Он же защищает человека от причинения вреда самому себе (C1) путем самоубийства.

Экологический поведенческий императив обеспечивается запуском в социальную практику разработанной нами (П.И. Юнацкевич, В.А. Чигирев) «блокирующей технологии», основу которой составляет дискурсивно-оценочный метод (ДОМ). В результате ее внедрения у каждого субъекта будут возникать различные динамические индексы, суммарно обеспечивающие мгновенное распознавание этичности его поведения и обоснование выбора решения на взаимодействие с таким субъектом.

Блокирующая технология позволяет регулировать внедрение новых технологий, и использование старых. Она может способствовать их запуску, распространению, или прекращать их внедрение. Блокирующая технология позволяет с этических позиций (не вредит ли это людям) закреплять экологические нормы поведения каждого субъекта.

Чтобы не допускать самоубийств людей, экология поведения (не вреди другим, среде обитания и себе) станет традиционной нормой. Это приведет к тому, что люди станут жить лучше благодаря эко-поведению и эко-управлению. Будет поддерживаться баланс справедливости для каждого человека.

Экоповедение (экологическое поведение) – это поведение человека, которое исключает причинение вреда среде обитания, другим людям и самому себе.

Экоуправление (экологическое управления) – это управленческая деятельность человека, которая исключает причинение вреда среде обитания, другим людям и самому себе.

Экоповедение и экоуправление обеспечат нам эффективную профилактику суицидального поведения во всем мире.

Суицидология теоретико-прикладная наука, растущая с процессом развития общества. Самоценность жизни каждого человека при увеличивающемся числе суицидальных проявлений обуславливает актуальность и значимость развития суицидологии.

Практическая значимость выводов и практических рекомендаций суицидологии заключается в том, что ее результаты позволяют эффективно осуществлять профилактику самоубийств и покушений на них, готовить специалистов - суицидологов и повышать психолого-педагогическую культуру руководящего состава государства, внедрять в государственное управление новые и перспективные способы экоуправления и экоповедения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, широкая распространенность ХПЭН, ПТСР, суицидального поведения в современном обществе и вооруженных силах заставляет в корне пересмотреть отношение к диагностике, коррекции и профилактике психовегетативных и психосоматических расстройств, суицидального поведения. Только комплексный подход к диагностике, лечению и профилактике этой патологии, изложенный в учебно-методическом пособии, у заинтересованных специалистов – терапевтов, психиатров, психофизиологов, медицинских психологов, неврологов, урологов, гинекологов, оториноларингологов и др. позволит оптимизировать терапию и сократить число этих больных в вооруженных силах и в обществе в целом.

АДАПТИРОВАННЫЙ МИССИСИПСКИЙ ОПРОСНИК
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЕВОГО ПТСР

Обведите кружком те высказывания, которые наиболее соответствуют Вашему ощущению по поводу данного высказывания:

- 1 – Нет, совсем не так;
2 – Пожалуй, так;
3 – Верно;
4 – Довольно верно;
5 – Совершенно верно.

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | До военной службы у меня было больше близких друзей, чем сейчас. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Я никогда не чувствую никакой вины за то, что я делал во время военной службы. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Если кто-нибудь толкнет меня, это может легко привести меня в бешенство. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Если происходит что-либо, что напоминает мне о военной службе, я становлюсь расстроенным и угнетенным. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Люди, которые хорошо меня знают, боятся меня. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Я способен на эмоциональную близость с другим человеком. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Мне снятся по ночам кошмары о событиях в армии (на флоте), которые действительно имели место. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Когда я думаю о некоторых из вещей, которые я делал во время военной службы, я думаю, что лучше бы я умер. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Кажется, что у меня нет чувств. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Недавно у меня были мысли о самоубийстве. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Я засыпаю, сплю и просыпаюсь только тогда, когда приходит тревога. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Я удивлен, почему я до сих пор жив, когда все другие погибли на войне. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | В некоторых ситуациях я чувствую себя, как будто я опять на войне. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Мои ночные сновидения так реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя бодрствовать. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | У меня такое чувство, словно я не могу двигаться. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Я не смеюсь и не плачу над тем же, что обычно смешит или вызывает плач у других людей. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Мне по-прежнему нравится делать те вещи, которые я любил делать раньше. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Мои мечты, фантазии реальны и пугающи. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | После увольнения из Вооруженных Сил мне было легко работать. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | У меня были затруднения с тем, чтобы сосредоточиться на задании. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Я могу заплакать без причины. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Я люблю бывать в компании. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Меня пугают мои внезапные желания. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Я легко засыпаю по ночам. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Неожиданный шум заставляет меня вскрикивать. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | Никто, даже члены моей семьи, не понимают, каково мне. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | Я мягкий, добродушный человек. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | Есть такие вещи, которые я делал на военной службе, о которых я никому не смог бы рассказать, так как считаю, что этого никому не понять. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. | Временами я вынужден употреблять алкоголь или лекарства (наркотики), чтобы уснуть или забыть на время о том, что произошло со мной во время службы. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. | Я чувствую себя удобно в толпе. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. | Я теряю спокойствие и взрываюсь по мелочам каждый день. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. | Я боюсь засыпать по ночам. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. | Я стараюсь избежать всего, что мне напоминало бы о моей военной службе и о том, что там происходило. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. | Моя память так же хороша, как и всегда. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. | Мне трудно выразить свои чувства даже людям, к которым я хорошо отношусь и о которых я забочусь. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Каждый пункт опросника оценивается в баллах от одного до пяти.

Пункты 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30 и 34 оцениваются в обратном порядке.

Сумма баллов всех пунктов опросника позволяет достоверно разделить обследуемых на три группы:

- ПТСР 130 ± 18 ;
- Донозологические проявления 86 ± 26 ;
- Адаптированные 76 ± 18 .

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ АДАПТАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Общие сведения о тесте

Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО) предназначен для изучения адаптационных возможностей индивида на основе оценки некоторых социально-психологических и психофизиологических характеристик личности, отражающих интегральные особенности психического и социального развития. Используется для решения задач профессионально-психологического отбора и психофизиологического сопровождения профессиональной деятельности военнослужащих.

Тест МЛО рассчитан на использование специалистами с различным уровнем специальной подготовки: командирами, офицерами по работе с личным составом, психологами, психофизиологами и психиатрами, врачами части. В зависимости от подготовки пользователя результаты тестирования по МЛО могут быть интерпретированы от простейших суждений («годен - не годен») до подробной личностной характеристики.

Характеристику личностного потенциала социально-психологической адаптации можно получить, оценив уровень поведенческой регуляции, коммуникативные способности и уровень моральной нормативности.

Поведенческая регуляция – это понятие, характеризующее способность человека регулировать свое взаимодействие со средой деятельности. Основными элементами поведенческой регуляции являются: самооценка, уровень нервно-психической устойчивости, а также наличие социального одобрения (социальной поддержки) со стороны окружающих людей.

Коммуникативные качества – это понятие, характеризующее способность человека строить отношения с другими людьми, или умение достигнуть контакта и взаимопонимания с окружающими. Они определяются наличием опыта и потребности общества, а также уровнем конфликтности.

Моральная нормативность – это понятие, характеризующее способность человека адекватно воспринимать предлагаемую ему определенную социальную роль, т.е. соблюдать моральные нормы поведения. В данном тесте вопросы, характеризующие уровень моральной нормативности индивида, отражают два основных компонента процесса социализации: восприятие морально-нравственных норм поведения и отношение к требованиям непосредственного социального окружения.

Описание теста и интерпретация результатов:

Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» состоит из 165 вопросов и имеет 4 структурных уровня, что позволяет получить информацию различного объема и характера. Шкалы 2-го, 3-го и 4-го уровней конструктивно связаны между собой. Шкалы 1-го уровня являются самостоятельными и соответствуют базовым шкалам Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММПИ).

На вопрос теста обследуемый может ответить лишь «да» или «нет» вследствие чего каждое совпадение ответа с «ключом» оценивается в один балл, а отрицательные и положительные ответы по каждой шкале суммируются. Обработку результатов целесообразно начинать со шкалы «достоверность» и шкал 3-го уровня. Для этого необходимо иметь четыре набора «ключей» - трафаретов, соответствующих шкалам: «достоверность» (L), «поведенческая регуляция» (ПР), «коммуникативный потенциал» (КП) и «моральная нормативность» (МН).

Шкала достоверности оценивает степень объективности ответов. В случае если общее количество баллов по ней превышает 10 полученные результаты целесообразно считать необъективными вследствие стремления испытуемого как можно «больше» соответствовать социально желаемому личностному типу.

«Сырые» баллы шкал «поведенческая регуляция», «коммуникативный потенциал», «моральная нормативность» суммируются, что соответствует значению шкалы 4-го уровня – «личностной потенциал социально-психологической адаптации» (ЛАП). Полученные значения переводятся в стандартные (стены) и определяется группа профессиональной пригодности (ГПП) по таблице:

Таблица П.2.1

*Перевод в стандартные значения результатов, полученных по шкале 4-го уровня
(ЛАП) теста МЛО*

ЛАП	103 - >	81-102	73-80	60-72	51-59	45-50	36-44	31-35	23-30	22 и <
Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ГПП	III	III	II	II	II	I	I	I	I	I

Примечание: стены разработаны для военнослужащих, принимающих участие в ведении боевых действий.

Итоговое значение рассчитывается по формуле: ЛАП=ПР+КП+МН.

Интерпретация групп профессиональной пригодности представлена в таблице П.2.2:

Таблица П.2.2

ГПП	Интерпретация
I.	Группа хорошей социально-психологической адаптации. Лица этой группы достаточно легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро «входят» в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию правильного поведения и социализации. Как правило, не конфликтны, обладают высокой эмоциональной устойчивостью к стрессовым воздействиям и работоспособностью.
II.	Группа удовлетворительной адаптации. Большинство лиц этой группы обладают признаками личностных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы и могут проявляться при смене деятельности. Эти лица, как правило, обладают невысокой эмоциональной устойчивостью к стрессовым воздействиям. Процесс социализации осложнен, возможны асоциальные срывы, проявление агрессивности и конфликтности. Лица этой группы требуют постоянного контроля.
III.	Группа неудовлетворительной адаптации. Лица этой группы обладают признаками явных акцентуаций характера и психопатического реагирования в стрессовых ситуациях, а психическое состояние можно охарактеризовать как пограничное. Возможны нервно-психические срывы, длительное снижение работоспособности. Эти лица обладают низкой психоэмоциональной устойчивостью, конфликтны, склонны к аддиктивному и делинквентному поведению.

Примечание: По отношению к боевым условиям группы интерпретируются как: I – высокая боеспособность; II – удовлетворительная боеспособность; III – низкая боеспособность.

Для получения более подробных сведений о психологических особенностях военнослужащего необходимо «сырые» значения шкал 3-го уровня перевести в стены по таблице П.2.3:

Таблица П.2.3

Перевод в стандартные значения результатов, полученных по шкалам 3-го уровня (ПР, КП, МН) теста МЛО

Стены	Шкалы		
	ПР	КП	МН
1	67 - >	25 - >	21 - >
2	53 – 66	22 – 24	19- 20
3	43 – 52	20 – 21	17 – 18
4	33 – 42	18 – 19	15 – 16
5	26 – 32	16 – 17	13 и-14
6	21 –25	13 –15	11 –12
7	15 –20	11 –12	9 –10
8	12 –14	9 – 10	7 –8
9	8 – 11	7 – 8	5 – 6
10	7 - <	6 - <	4 - <

Примечание: стены разработаны для военнослужащих, принимающих участие в ведении боевых действий.

Следует иметь в виду, что значение в 4-6 стенов является средним. Превышение этих значений свидетельствует о высоком развитии данного качества, а более низкие значения свидетельствуют о недостаточном развитии рассматриваемой характеристики. Краткая интерпретация шкал 3-го уровня приведена в таблице П.2.4:

Наименование шкалы	Интерпретация низких значений, стен 1-3	Интерпретация высоких значений, стен 7-10
ПР	Низкий уровень поведенческой регуляции, определенная склонность к нервно-психическим срывам, отсутствие адекватности самооценки и адекватного восприятия действительности.	Высокий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, высокая адекватная самооценка, адекватное восприятие действительности.
КП	Низкий уровень коммуникативных способностей, затруднение в построении контактов с окружающими, проявление агрессивности, повышенная конфликтность.	Высокий уровень коммуникативных способностей, легко устанавливает контакты с окружающими, не конфликтен.
МН	Низкий уровень социализации, не может адекватно оценить свое место и роль в коллективе, не стремится соблюдать общепринятые нормы поведения.	Высокий уровень социализации, адекватно оценивает свою роль в коллективе, ориентируется на соблюдение общепринятых норм поведения.

Для получения полного представления о личностных свойствах и психологических особенностях военнослужащего необходимы «ключи» к шкалам 1-го уровня и таблицы перевода «сырых» значений этих шкал в стандартные Т-баллы. Шкалы 1-го уровня соответствуют базовым шкалам ММРІ: F – валидность, осознаваемое психическое напряжение, К – коррекция, неосознаваемое психическое напряжение, Hs – ипохондричность, D – депрессивность, Ну – истеричность, Pd – импульсивность, психопатичность, Mf – женский тип эмоционального реагирования, Pa – паранояльность, Pt – психастеничность, Sc – ригидность мышления, шизоидность, Ma – гипоманьяльность, Si – социальная интроверсия. Следует отметить, что значение шкал в 40-60 Т-баллов является средним и соответствует нормативным. Значение шкал более 60 Т-баллов считаются повышенными, а менее 40 Т-баллов – сниженными, что свидетельствует о соответствующей личностной акцентуации. Кроме того, целесообразно оценивать всю совокупность шкал данного уровня – так называемый «личностный профиль».

В случае дефицита времени, например, когда необходимо обследовать большое количество военнослужащих в кратчайшие сроки, процедура определения группы профессиональной пригодности на основе оценки личностного потенциала социально-психологической адаптации может быть ускорена. Для этого необходимо иметь лишь два комплекта «ключей»: для шкалы «достоверность» и шкалы 4-го уровня «ЛАП».

Текст опросника

ИНСТРУКЦИЯ: Сейчас Вам будет предложено ответить на ряд вопросов, на которые Вы должны ответить только «да»(+) или «нет»(-). Вопросы касаются непосредственно Вашего самочувствия, поведения или характера. «Правильных» или «неправильных» ответов здесь быть не может, поэтому не старайтесь долго их обдумывать или советоваться с товарищами - отвечайте исходя из того, что больше соответствует Вашему состоянию или представлению о самом себе.

1. Бывает, что я сержусь.
2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.
3. Сейчас я примерно так же работоспособен, как и всегда.
4. Судьба определённо несправедлива ко мне.
5. Запоры у меня бывают очень редко.
6. Временами мне очень хотелось покинуть свой дом.
7. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
8. Мне кажется, что меня никто не понимает.
9. Считаю, что если кто-то причинил мне зло, я должен ему ответить тем же.
10. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
11. Мне бывает трудно сосредоточиться на какой либо задаче или работе.
12. У меня бывают очень странные и необычные переживания.
13. У меня отсутствовали неприятности из-за моего поведения.
14. В детстве я одно время совершал мелкие кражи.
15. Бывает, что у меня появляется желание ломать или крушить всё вокруг.
16. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
17. Сон у меня прерывистый и беспокойный.
18. Моя семья относится с неодобрением к той работе, которую я выбрал.
19. Бывали случаи, что я не сдерживал своих обещаний.
20. Голова у меня болит часто.
21. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всём теле.
22. Было бы хорошо, если бы почти все законы отменили.
23. Состояние моего здоровья почти такое же, как у большинства моих знакомых (не хуже).
24. Встречая на улице своих знакомых или школьных друзей, с которыми я давно не виделся, я предпочитаю проходить мимо, если они со мной не заговаривают первыми.
25. Большинству людей, которые меня знают я нравлюсь.
26. Я человек общительный.
27. Иногда я так настаиваю на своём, что люди теряют терпение.
28. Большую часть времени настроение у меня подавленное.
29. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
30. У меня мало уверенности в себе.
31. Иногда я говорю неправду.
32. Обычно я считаю, что жизнь - стоящая штука.
33. Я считаю, что большинство людей способны солгать, чтобы продвинуться по службе.
34. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.
35. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
36. Иногда я сильно испытываю желание нарушить правила приличия или кому-нибудь навредить.
37. Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.
38. Мышечные судороги или подёргивания у меня бывают крайне редко (или почти не бывают).
39. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
40. Иногда, когда я себя неважно чувствую я бываю раздражительным.
41. Большую часть времени у меня такое чувство, что я сделал что-то не то или даже что-то плохое.
42. Некоторые люди до того любят командовать, что меня так и тянет делать всё наперекор, даже если я знаю, что они правы.
43. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.
44. Моя речь сейчас такая же как всегда (ни быстрее и ни медленнее, нет ни хрипоты, ни невнятности).
45. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства моих знакомых.
46. Меня ужасно задевает, когда меня критикуют или ругают.
47. Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение себе или кому-нибудь другому.
48. Моё поведение в значительной мере определяется обычаями тех, кто меня окружает.
49. В детстве у меня была такая компания, где все старались стоять друг за друга.

50. Иногда меня так и подмывает с кем-нибудь затеять драку.
51. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
52. Обычно я засыпаю спокойно, и меня не тревожат никакие мысли.
53. Последние несколько лет я чувствую себя хорошо.
54. У меня никогда не было ни припадков, ни судорог.
55. Сейчас мой вес постоянен (я не худею и не полнею).
56. Я считаю, что меня часто наказывали не заслужено.
57. Я легко плачу.
58. Я мало устаю.
59. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
60. С моим рассудком твориться что-то не ладное.
61. Чтобы скрыть свою застенчивость мне приходится затрачивать большие усилия.
62. Приступы головокружения у меня бывают очень редко (или почти не бывают).
63. Меня беспокоят сексуальные (половые) вопросы.
64. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
65. Когда я пытаюсь что-то сделать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
66. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.
67. Большую часть времени я испытываю общую слабость.
68. Иногда, когда я смущён, я сильно потею, и меня это раздражает.
69. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
70. Думаю, что я человек обречённый.
71. Бывали случаи, что мне было трудно удержаться от того, чтобы что-нибудь не стащить у кого-либо или где-нибудь, например, в магазине.
72. Я злоупотреблял спиртными напитками.
73. Я часто о чём-нибудь тревожусь.
74. Мне бы хотелось быть членом нескольких кружков или обществ.
75. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.
76. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.
77. Случалось, что я препятствовал или поступал наперекор людям просто из принципа, а не потому, что дело было действительно важным.
78. Если мне не грозит штраф, и машин по близости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там где положено.
79. Я всегда был не зависимым и свободным от контроля со стороны семьи.
80. У меня бывали периоды такого сильного беспокойства, что я даже не мог усидеть на месте.
81. Зачастую мои поступки не правильно истолковывались.
82. Мои родители и (или) другие члены моей семьи придираются ко мне больше, чем надо.
83. Кто-то управляет моими мыслями.
84. Люди равнодушны и безразличны к тому, что с тобой случится.
85. Мне нравится быть в компании, где все подшучивают друг над другом.
86. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
87. Я вполне уверен в себе.
88. Никому не доверять - самое безопасное.
89. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбуждённым и взволнованным.
90. Когда я нахожусь в компании, мне трудно найти подходящую тему для разговора.
91. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда я это делаю ради забавы.
92. В игре я предпочитаю выигрывать.
93. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать.
94. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
95. Я ежедневно выпиваю много воды.
96. Счастливее всего я бываю, когда один.
97. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по какой то причине остался безнаказанным.
98. В моей жизни был один или несколько случаев, когда я чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставляет меня совершать те или иные поступки.
99. Я очень редко заговариваю с людьми первым.
100. У меня никогда не было столкновений с законом.
101. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
102. Иногда безо всякой причины у меня вдруг наступают периоды необычной весёлости.
103. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.
104. В школе мне было очень трудно говорить перед классом.
105. Люди проявляют по отношению ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.

106. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что это у меня плохо получается.
107. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же лёгкостью, как и другие.
108. Мне неприятно, когда вокруг меня люди.
109. Как правило, мне не везёт.
110. Меня легко привести в замешательство.
111. Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали.
112. Иногда у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
113. Мне бывает трудно приступить к выполнению нового задания или начать новое дело.
114. Если бы люди не были настроены против меня, я достиг бы в жизни гораздо большего.
115. Мне кажется, что меня никто не понимает.
116. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
117. Я легко теряю терпение с людьми.
118. Часто в новой обстановке я испытываю чувство тревоги.
119. Часто мне хочется умереть.
120. Иногда я бываю так возбуждён, что мне бывает трудно заснуть.
121. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с тем, кого я увидел.
122. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что я не справлюсь с ним.
123. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
124. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
125. Я убеждён, что существует лишь одно единственное правильное понимание смысла жизни.
126. В гостях я чаще сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.
127. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
128. Бывает, что я с кем-нибудь посплетничаю.
129. Часто мне бывает неприятно, когда я пытаюсь предостеречь кого-либо от ошибок, а меня понимают неправильно.
130. Я часто обращаюсь к людям за советом.
131. Часто, даже тогда, когда для меня складывается всё хорошо, я чувствую что для меня всё безразлично.
132. Меня довольно трудно вывести из себя.
133. Когда я пытаюсь указать людям на их ошибки или помочь они часто понимают меня неправильно.
134. Обычно я спокоен, и меня нелегко вывести из душевного равновесия.
135. Я заслуживаю сурового наказания за свои проступки.
136. Мне свойственно так сильно переживать свои разочарования, что я не могу заставить себя не думать о них.
137. Временами мне кажется, что я ни на что не пригоден.
138. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я особо не задумываясь соглашался со мнением других.
139. Меня весьма беспокоят всевозможные несчастья .
140. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
141. Я думаю, что можно не нарушая закон попытаться найти в нём лазейку.
142. Есть люди, которые мне настолько неприятны, что я в глубине души радуюсь, когда они получают нагоняй за что-нибудь.
143. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
144. Я посещаю всевозможные общественные мероприятия, потому что это позволяет побывать мне среди людей.
145. Можно простить людям нарушение тех правил, которые они считают неразумными.
146. У меня есть дурные привычки, которые настолько сильны, что бороться с ними просто бесполезно.
147. Я охотно знакомлюсь с новыми людьми.
148. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка у меня вызывает смех.
149. Если дело идёт у меня плохо, то мне сразу хочется всё бросить.
150. Я предпочитаю действовать согласно собственным планам, а не следовать указаниям других.
151. Люблю, чтобы окружающие знали мою точку зрения.
152. Если я плохого мнения о человеке или даже презираю его, я мало стараюсь скрыть это от него.
153. Я человек нервный и легко возбудимый.
154. Всё у меня получается плохо не так как надо.
155. Будущее кажется мне безнадежным.
156. Люди довольно легко могут изменить моё мнение, даже если до этого оно казалось мне окончательным.
157. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
158. Большую часть времени я чувствую себя усталым.

159. Я люблю бывать на вечерах и просто в компаниях.
 160. Я стараюсь уклониться от конфликтов и затруднительных положений.
 161. Меня очень раздражает то, что я забываю, куда кладу вещи.
 162. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем о любви.
 163. Если я захочу сделать что-то, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я могу легко отказаться от своих намерений.
 164. Глупо осуждать людей, которые стремятся ухватить от жизни всё, что могут.
 165. Мне безразлично, что обо мне думают другие.

«КЛЮЧИ» многоуровневого личностного опросника «Адаптивность»

Шкалы	«Да»	«Нет»
Достоверность (L)		1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148.
Поведенческая регуляция (ПР)	4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 127, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162.	2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 75, 87, 105, 132, 134, 140.
Коммуникативный потенциал (КП)	9, 24, 27, 33, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152.	26, 34, 35, 48, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159.
Моральная нормативность (МН)	14, 22, 36, 42, 50, 56, 59, 72, 77, 79, 91, 93, 125, 141, 145, 150, 164, 165.	13, 76, 97, 100, 160, 163.

«Ключи» к базовым шкалам ММРП в тесте МЛО «Адаптивность»

(шкалы 1-го уровня)

Шкалы	«Да»	«Нет»
F	4, 8, 11, 18, 20, 22, 37, 41, 47, 60, 72, 82, 84, 86, 91, 96, 98, 103, 115, 153.	2, 25, 43, 44, 53.
K	35.	15, 46, 48, 64, 73, 90, 102, 151.
Hs	17, 67.	2, 3, 5, 23, 38, 53, 55, 58, 62, 75, 93.
D	16, 17, 30, 39, 46.	5, 14, 23, 26, 27, 32, 34, 50, 52, 53, 54, 55, 67, 68, 77, 102.
Hu	11, 17, 20, 21, 28, 65, 67.	2, 3, 23, 33, 38, 42, 45, 48, 53, 58, 61, 62, 64, 75, 88, 90, 95, 97, 99.
Pd	6, 8, 11, 12, 14, 41, 42, 56, 72, 81, 82, 91, 114.	13, 35, 45, 48, 55, 79, 90, 97, 100, 102.
Mf	63, 66, 73.	9, 43, 50, 74, 86, 87.
Pa	4, 7, 8, 10, 18, 39, 43, 46, 48, 98, 104, 125, 150, 152.	33, 42, 84, 137, 145, 155.

Шкалы	«Да»	«Нет»
Pt	7, 10, 11, 16, 28, 30, 37, 41.	2, 52, 67, 73, 80, 88, 103, 104, 110, 117, 120, 122, 123.
Sc	4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 21, 24, 36, 39, 56, 60, 63, 70, 80, 89, 98, 103, 105, 106, 108, 111, 119, 123, 124.	13, 38, 44, 66, 107.
Ma	6, 7, 27, 36, 42, 49, 56, 59, 76, 77, 80, 89, 90, 93, 95.	40, 43, 64, 96.
Si	64, 85, 126, 160, 163.	12, 49, 74, 90, 144, 147, 159.

Таблица перевода «сырых» баллов базовых шкал ММРІ теста МЛО «Адаптивность» (шкалы 1-го уровня) в стандартные Т-баллы

Т-балл	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
25													
26													
27									0		0		
28													
29													
30						0	0						
31									1		1		
32		0											
33						1						0	
34													
35	0	1			0		1	0		0	2		0
36						2				2		1	
37				0						1			
38		2					7						
39	1				1	3					3	2	1
40					1				1	3	2		
41		3											
42					2	4	3				4	3	
43	1								4	3			2
44		4	3										
45				2	3	5	4	2			5		
46									5	4			
47	3	5		3		6						4	3
48					4		5				6		
49				4		7				6	5		
50		6	1		3				5				
51				5	5						7		4
52	4					8	6		7	6			
53		7									8	6	
54				6		9							
55			2				7	4	8	7	9	7	5
56	5	8			6	10							
57				7						8	10	8	
58							7		9				
59		9						5		9	11		6
60	6		3	8		11	8						
61									10		12		
62		10				12	9					9	
63					8			6	10	11	13		
64	7												7
65		11	4	9	9	13	10			12	14		
66													
67	8						11		11	13	15		
Т-балл	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
68						14						10	8
69		12					12				16		
70			5	10	10	15				14			
71	9							7	12		17	11	
72							13						
73		13				16				15	18		9
74					11				13			12	
75			6	11		17	14				19		
76	10	14								16			
77					12						20	13	10

Т-балл	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
78						18	15	8	14				
79		15								17	21		
80			7	12	13							14	
81	11						16		15		22		
82		16				19				18			11
83					14						23	15	
84							17		16				
85		17	8	13		20				19	24		
86					15							16	12
87	12						18		17		25		
88		18						9		20			
89					16	21					26	17	
90				14			19						
91		19	9						18	21	27		
92					17							18	
93							20			22	28		
94	13	20											
95				15	18	22			19		29	19	
96							21			23			
97		21									30		
98					19							20	
99							22			24	31		
100		22		16		23			20				
101	14										32		
102							23			25			
103		23									33		
104													
105				17	20	24	24			26	34	21	
106		24											
107	15										35		
108							25			27			
109		25									36	22	
110				18	21								
111						25					37		
112							26			28			
113											38		
114													
115										29	39	23	
116							27						
117											40		
118						26				30			
119							28				41	24	
120											42		

В настоящее время разработан пакет прикладных программ «GENERAL» (ВМедА, НИЛ-7) для персонального компьютера, позволяющий автоматизировать процесс тестирования и обработки результатов в том числе и по тесту МЛЮ «Адаптивность».

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ

Индивидуальное собеседование проводится, как правило, на заключительном этапе психодиагностических мероприятий и является одним из информативных методов изучения личности. Беседа позволяет установить прямой контакт с человеком и оценить те стороны его личности, которые не могут быть определены с помощью анкетирования и психологического обследования. Поэтому, необходимо позаботиться, чтобы собеседование проходило в спокойной, непринужденной обстановке. Все вопросы должны быть простыми и понятными, задавать их следует так, чтобы развертывался единый целостный рассказ пациента о себе. Предварительно намеченные вопросы не должны ограничивать содержание разговора, они могут являться лишь ориентирами в общей направленности беседы.

Вместе с тем при проведении собеседования целесообразно придерживаться определенного плана:

1. Особенности биографического и социального опыта:

Непосредственное социальное окружение. Состав семьи, основные характеристики ее членов, социально-бытовые условия, отношения в семье. Сведения о родителях и ближайших родственниках. Возраст, место жительства, образование, социальное положение, род занятий и др.

Основной регион проживания. В случае смены места жительства уточнить причины, побудившие это сделать.

Пребывание в районах межнациональных конфликтов и локальных войн. При подтверждении последнего обратить особое внимание на возможное проявление признаков нервно-психической неустойчивости.

Основные интересы и увлечения до службы. Участие в каких-либо формальных (неформальных) группах, обществах, движениях.

2. Общая и профессиональная подготовленность:

Образование. Специальность. Где и на каких должностях работал.

Оценка себя как профессионала в той деятельности, которой он занимался до службы в Вооруженных Силах.

3. Сведения о состоянии здоровья:

Наличие хронических заболеваний. Частота простудных и других заболеваний в последнее время. Случаи обращения к психологу, невропатологу, психоневрологу или психиатру. Обращения к врачу по поводу ушибов головы и черепно-мозговых травм. Общее состояние здоровья в последнее время (нарушения сна, аппетита, снижение уровня работоспособности и др.).

4. Социально-психологические свойства личности:

Особенности поведения в воинском коллективе. Общительность, отношения с товарищами и сослуживцами, отношения с командирами и начальниками. Наличие конфликтов с окружающими.

Организаторский опыт. Трудности, с которыми приходилось сталкиваться в коллективе. Умение планировать, распределять и контролировать работу.

Инициативность, решительность, способность брать на себя ответственность за принятые решения и действия.

Дисциплинированность и исполнительность.

Вредные привычки, отношение к табакокурению, алкоголю, психоактивным веществам (наркотикам).

5. Военно-профессиональная направленность:

Отношение к возможному прохождению службы в условиях вооруженного конфликта или осуществления боевых задач. Ориентированность в событиях, происходящих в стране и за рубежом.

В ходе беседы с военнослужащим проводится наблюдение за ним. Следует обращать внимание на *общее интеллектуальное развитие* (правильное понимание поставленных вопросов, конкретность и точность ответов, правильность построения фраз, словарный запас), *коммуникативные качества* (открытость, доброжелательность), отдельные *проявления эмоциональной неустойчивости* (напряженность и угловатость позы, нарушения речи, покраснение кожных покровов, гипергидроз, тремор рук и т.д.).

Не рекомендуется в ходе беседы делать пометки и записи.

Всю полученную информацию об особенностях личности изучаемого, свои впечатления и выводы следует записывать сразу же после окончания собеседования. Порядок оценки результатов наблюдения в процессе беседы приведен в таблице:

Признаки	Характеристика признаков поведения	
Внешний вид	опрятный	неопрятный
Речь	грамотная	безграмотная
Контактность	хорошая	плохая
Оценка себя	правильная	эгоизм, самобичевание
Настроение	хорошее	угнетенное
Собранность	достаточная	недостаточная
Сообразительность	достаточная	недостаточная
Уверенность	достаточная	недостаточная
Агрессивность	отсутствует	имеется
Чувствительность	нормальная	повышенная
Общая оценка поведения	поведение адекватное	
	имеются отдельные выраженные поведения	

В процессе индивидуального психологического собеседования с военнослужащими особое внимание должно уделяться выявлению лиц с признаками нервно-психической неустойчивости.

Основные формы проявления и характерные признаки нервно-психической неустойчивости представлены в таблице:

Формы проявления нервно-психической неустойчивости	Характерные признаки нервно-психической неустойчивости
Общие характеристики поведения	Замкнутость, «изолированность» в группе. Грубость, сквернословие. Подозрительность, мнительность. Высокая подверженность негативному влиянию извне. Обидчивость. Повышенная ранимость, робость, пугливость. Неустойчивость интересов и привязанностей, частые смены настроения. Конфликтность и чрезмерная прямолинейность. Склонность к демонстративному поведению или вспышкам агрессивности, драчливости. Необоснованные претензии на личную исключительность, потребность во всеобщем внимании, восхищении. Эгоизм.
Нарушение дисциплинарных и моральных норм	Склонность к пререканиям со старшими и начальниками, невыполнение распоряжений и должностных обязанностей. Прогулы, побеги из дома. Ранняя алкоголизация. Употребление токсических веществ и наркотиков. Сексуальные отклонения. Случаи суицидальных попыток. Склонность ко лжи и воровству.
Недостаточная социальная зрелость	Ограниченность, несформированность или несоответствие возрасту интересов и склонностей. Отсутствие устойчивых увлечений и достаточно определенной профессиональной направленности. Иждивенческие тенденции. Неспособность сдерживать или управлять собственными чувствами, желаниями и поступками. Пренебрежительное отношение к общественно полезному труду, тунеядство.
Предпатологические и патологические нарушения	Общая вялость, повышенная утомляемость, высокая истошаемость, раздражительность, плаксивость, неустойчивость настроения, нарушение сна, частые головные боли, сердцебиения при отсутствии заболеваний сердца. Чрезмерная робость, необоснованный пессимизм, неверие в собственные силы, фиксированность на состоянии здоровья. Снижение памяти, ограниченность внимания, неадекватность мышления, нелогичность. Вспыльчивость, резкое побледнение или покраснение кожных покровов при эмоциональных переживаниях, нарушения ритма дыхания при волнении, тремор (дрожание) рук, век, губ. Демонстративность поведения. Склонность к запорам либо частому стулу или мочеиспусканию. Замедленный темп действий, вязкость мышления, склонность к «застреванию» на негативных переживаниях, навязчивые мысли и действия, чрезмерная педантичность, склонность к самобичеванию. Замкнутость, погруженность в собственные мысли и переживания, сверхценные идеи, необъяснимые поступки. Демонстративные суицидальные попытки, членовредительство. Неряшливость. Чрезмерная активность без четкой направленности, «дурашливость».

МЕТОДИКА ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ «МОБИЛИЗАЦИЯ-1»

Инструкция по применению методики

Методика психической саморегуляции с элементами мобилизации «Мобилизация-1» состоит из 5 частей записанных аудиокассетах специальных текстов с музыкальным сопровождением. Курс состоит из 10 занятий продолжительностью 30-35 мин. Самое подходящее время для занятий – утро, сразу после пробуждения. Групповые занятия более приемлемо проводить во второй половине дня, но не менее чем через два часа после приема пищи. Заниматься целесообразно ежедневно, но возможно и через день.

При работе с методикой пациенту необходимо расположиться в изолированном от посторонних звуков помещении, принять удобное положение тела (сидя или лежа) и выполнять простые дыхательные упражнения, стараясь при этом не заснуть.

Схема занятий: часть I-я – занятия 1; 2; 3 (часть I прослушивается три дня). Часть II-я – занятия 4; 5 (прослушивается два дня). Часть III-я – занятие 6 (прослушивается один день). Часть IV-я – занятия 7; 8 (прослушивается два дня). Часть V-я – занятия 9; 10 (прослушивается два дня).

В качестве примера ниже приводятся тексты, записанные на аудиокассетах, первой и пятой частей методики. При необходимости *кафедра психиатрии ВМедА* может обеспечить уже готовыми аудиокассетами.

ЧАСТЬ I (релаксация):

Начинаем занятие. На этом и последующих занятиях Вы научитесь входить в особое состояние саморегуляции и свободно управлять своим эмоциональным и физическим самочувствием. Сначала Вы научитесь легко и быстро восстанавливать свои физические и душевные силы, а затем сможете самостоятельно их мобилизовать для решения любых возникающих перед Вами проблем, оставаясь при этом спокойным и собранным.

Чтобы наиболее быстро войти в состояние релаксации, займите наиболее удобное положение, при котором Ваше тело будет максимально расслабленным. При этом ступни всей поверхностью соприкасаются с полом, ладони лежат на коленях, руки и ноги не перекрещены... В этом положении Вы будете спокойно находиться в течение всего занятия. Закройте глаза. Чтобы быстрее достичь расслабления и отвлечься от своих проблем, по моей команде Вы сделаете глубокий вдох, выдох и задержите дыхание на 10 с. Начинаем:

Глубокий вдох... выдох... и задержите дыхание (пауза 10 с), глубокий вдох... выдох... и задержите дыхание (пауза 10 с), глубокий вдох... выдох... и задержите дыхание (пауза 10 с), глубокий вдох... выдох... и задержите дыхание (пауза 10 с), глубокий вдох... выдох... и задержите дыхание (пауза 10 с), глубокий вдох... выдох... и задержите дыхание (пауза 10 с). Теперь переходим на обычное дыхание (начинается музыка).

Ваши проблемы уходят, и Вы начинаете расслабляться. Положение тела удобное. Вы внимательно слушаете мой голос и звуки музыки. Ощутите свои руки, обратите внимание, насколько они расслаблены или напряжены; ощутите вес, давление, которое руки оказывают на колени. Вы ощущаете тепло в ладонях там, где руки соприкасаются с телом... Обратите внимание на свое дыхание..., медленно вдохните и ощутите, как поднимается и расширяется Ваша грудная клетка, наполняясь свежим и чистым воздухом... Теперь, не спеша, выдохните и ощутите, как грудная клетка опускается под собственной тяжестью, освобождаясь от выдыхаемого воздуха. Вдох... выдох... Вдох... выдох... Вдох... выдох... С каждым выдохом все Ваши мышцы все больше расслабляются, и Вы успокаиваетесь. Успокаиваетесь и расслабляетесь.

Продолжайте наблюдать за своим дыханием, не пытайтесь его изменить или исправить. С каждым выдохом Ваше дыхание становится все более медленным, спокойным и ритмичным. Оно происходит само по себе, без всяких усилий, свободно и естественно. С каждым выдохом мышцы тела расслабляются все больше, больше и больше. Почувствуйте, как расслабляются мышцы лица..., лицо становится полностью расслабленным, спокойным и неподвижным... Расслабляются мышцы шеи, и голова чуть больше склоняется под собственной тяжестью... Расслабляются мышцы плечевого пояса, и плечи опускаются вниз под тяжестью рук... Расслабляются мышцы рук, и руки становятся расслабленными, неподвижными и тяжелыми... Расслабленными и тяжелыми... Руки отдыхают... Руки полностью расслаблены и приятно тяжелые... Следом за ними расслабляются мышцы спины, и Ваше тело опускается глубже... Расслабляются мышцы грудной клетки, живота..., дыхание становится все более спокойным, ритмичным, ровным, происходящим само по себе, без всяких усилий и напряжения. Дыхание ровное, спокойное и свободное... Ровное и спокойное. Расслабляются мышцы ног..., сильнее ощущается их давление на пол. Ноги полностью расслаблены и неподвижны. Ступни словно прилипли к полу. Все тело расслабленное, неподвижное и приятно тяжелое... Ощутите свои руки. Чувство приятного тепла там, где руки соприкасаются с телом. Кисти рук наполняются теплом, словно их погрузили в горячую воду. Руки согреваются, наполняются теплом, становятся теплыми, почти горячими. Руки расслабленные, тяжелые и теплые... Расслабленные, тяжелые и теплые. Руки отдыхают в тепле и покое. Наполняется теплом грудная клетка. Приятное чувство тепла появляется в области живота. Слово внутренний источник тепла излучает

волны тепла и покоя, согревая и наполняя теплом руки, туловище и ноги. Ноги расслабленные, тяжелые и теплые. И все тело расслабленное, неподвижное, тяжелое и теплое.

Наступает приятное состояние покоя и отдыха. Состояние покоя и отдыха. Все окружающие звуки, шумы и шорохи уходят куда-то за край сознания, растворяются и исчезают в звуках музыки и моего голоса. Растворяются и исчезают. Все окружающее полностью безразлично. Приятное состояние отдыха, покоя, безмятежности, в котором исчезают и растворяются все Ваши тревоги, волнения и заботы. Да и собственные мысли становятся полностью безразличными и неинтересными. Безразличными и неинтересными. Мысли, образы возникают..., медленно проплывают перед Вами и исчезают, словно легкие белые облака на фоне чистого синего неба. Они появляются, медленно проплывают по небу и исчезают, растворяясь в синеве... на смену им приходят другие и также возникают, проходят и исчезают, оставляя Вас полностью спокойным, расслабленным и отрешенным. Расслабленным, спокойным и отрешенным. Наступило особое состояние покоя, отдыха, внутренней тишины и безмятежности. Приятное состояние... Ваш организм отдыхает, набирается сил и энергии. В этом состоянии улучшается работа внутренних органов, быстро восстанавливаются Ваши силы и душевное равновесие. Все окружающее безразлично, пережитое забывается. Приятное состояние отдыха, покоя и расслабления. В голове лишь отдельные приятные мысли и образы. Образы яркие, образы четкие.

Представьте приятный летний день на берегу тихого, спокойного моря. Чистое синее небо с легкими белыми облаками, медленно плывущими по небу. Теплое оранжевое солнце, излучающее тепло, согревающее и наполняющее теплом все окружающее... Теплая, мягкая земля, зеленая трава, синее море. Теплая земля, теплая вода. Волны накатываются на берег и уходят обратно, сливаясь с морем... Полный покой и отдых. Состояние отдыха и покоя.

Высоко в небе парит орел. Легко и свободно. Необъятный простор. Воздух чистый и свежий. Дыхание свободное и глубокое. С каждым вдохом в тело проникает чистый, прохладный воздух, наполняющий Вас легкостью и энергией. С каждым вдохом тело становится легче, дыхание глубже и энергичней. Тело легкое, невесомое. Чувство легкости и свежести.

Внимание на дыхании, с каждым вдохом в Вас проникает чистый и свежий воздух, наполняя легкостью и энергией. Вы сейчас глубоко вдохнете и быстро энергично выдохнете. Начинаем: глубокий вдох... быстрый выдох..., глубокий вдох... быстрый выдох..., глубокий вдох ... быстрый выдох..., глубокий вдох... быстрый выдох...

Почувствуйте тело, упругость и эластичность мышц. С каждым вдохом поднимается и расширяется грудная клетка, тело наполняется легкостью и энергией. Мышцы становятся упругими и крепкими. Глубокий вдох... - выдох... Голова чистая, свежая. Только приятные мысли и образы. Тело легкое, энергичное. Мышцы упругие и эластичные. Обратите внимание на свои руки, мышцы спины и ног. Появляется желание избавиться от неподвижности и скованности. Хочется пошевелиться, встряхнуться, потянуться всем телом. Глубокий вдох... - резкий выдох. Тело легкое, сильное, хорошо отдохнувшее. Голова свежая, чистая. Глаза закрыты, но уже хочется их открыть.

Глубокий вдох... быстрый выдох... Глубокий вдох... быстрый выдох... Глубокий вдох... быстрый выдох... Глубокий вдох, открыли глаза, потянулись - выдох... Вы хорошо отдохнули, восстановили силы, эмоциональное равновесие. Занятие закончено.

ЧАСТЬ V (мобилизация):

Начинаем занятие. На предыдущих занятиях Вы научились с помощью ключевых слов и концентрации внимания на своем дыхании входить в особое состояние саморегуляции. В этом состоянии Вы теперь способны быстро восстановить свои силы и снять эмоциональное напряжение, что позволит сохранить спокойствие и душевное равновесие в критических ситуациях и максимально мобилизовать свои силы для решения любых возникающих в Вашей жизни проблем.

Закройте глаза... Расслабьтесь... В повседневной жизни часто возникают ситуации, когда необходимо быстро и полноценно отдохнуть, собрать все свои силы, волю и энергию для решения возникших проблем.

На сегодняшнем занятии Вы научитесь максимально быстро входить в это уже хорошо знакомое Вам особое состояние саморегуляции с помощью нескольких ключевых слов.

Переходим к нашему занятию. Вспомните предыдущие занятия. Самостоятельно расслабьтесь и повторяйте мысленно, за мной, спокойно и без напряжения следующие слова...: Я свободно управляю своим состоянием... Самостоятельно сделаете четыре глубоких вдоха и выдоха, задерживая дыхание после выдоха на несколько секунд. Начинаем... Хорошо. Теперь переходим на обычное дыхание... Все внимание на выдохе. Повторяйте за мной и про себя спокойно и без напряжения: Я свободно управляю своим состоянием... (начинается музыка)

Самостоятельно обратите внимание на дыхание. Дыхание свободное и спокойное. Почувствуйте, как с каждым выдохом Ваши проблемы уходят, и Вы начинаете расслабляться. Наблюдайте за своим дыханием. Вы внимательно слушаете мой голос и звуки музыки. Ощутите свои руки. Ощутите их вес, давление, которое руки оказывают на колени. Вы ощущаете тепло в ладонях там, где руки соприкасаются с телом... С каждым выдохом они расслабляются и тяжелеют. Расслабьтесь и повторяйте мысленно, за мной, спокойно и без напряжения: Мои руки расслабленные... и тяжелые. Самостоятельно обратите внимание на свое дыхание. Дыхание свободное и спокойное. Почувствуйте, как с каждым выдохом Ваши

проблемы уходят, и Вы начинаете расслабляться. Наблюдайте за своим дыханием. Вы внимательно слушаете мой голос и музыку. Ощутите свои руки. Ощутите их вес, давление, которое руки оказывают на колени. Вы ощущаете тепло в ладонях там, где руки соприкасаются с телом... С каждым выдохом они расслабляются и тяжелеют. Расслабьтесь и повторяйте мысленно, за мной, спокойно и без напряжения: Мои руки расслабленные... и тяжелые. Продолжайте наблюдать за своим дыханием..., как с каждым выдохом Ваши мышцы все больше расслабляются, и Вы успокаиваетесь. Успокаиваетесь и расслабляетесь. С каждым выдохом мышцы тела расслабляются все больше, больше и больше. Мышцы лица... полностью расслаблены... Расслабляются мышцы шеи... Расслабляются мышцы плечевого пояса, и плечи опускаются вниз под тяжестью рук... Расслабляются мышцы рук, руки становятся расслабленными, неподвижными и тяжелыми... Расслабленными и тяжелыми... Руки отдыхают... с каждым выдохом они расслабляются и тяжелеют. Повторяйте мысленно, за мной, спокойно и без напряжения: Мои руки расслабленные... и тяжелые.

Руки полностью расслабленные и приятно тяжелые... Расслабляются мышцы всего туловища..., ног... Дыхание ровное, спокойное и свободное... Все мышцы полностью расслабленные... все тело расслабленное, неподвижное и приятно тяжелое... Чувство приятного тепла там, где руки касаются тела. Кисти рук наполняются теплом, словно их погрузили в горячую воду. Руки согреваются, наполняются теплом, становятся теплыми, почти горячими. Руки расслабленные, тяжелые и теплые... Расслабленные, тяжелые и теплые. Руки отдыхают в тепле... Я погружаюсь в тепло и покой...

Наполняется теплом грудная клетка. Приятное чувство тепла появляется в области живота. Словно внутренний источник тепла излучает волны тепла и покоя, согревая и наполняя теплом руки..., туловище..., ноги... Ноги расслабленные, тяжелые и теплые. Все тело расслабленное, неподвижное, тяжелое и теплое. Повторяйте мысленно, за мной, спокойно и без напряжения: Я погружаюсь в тепло и покой...

Наступает приятное состояние покоя и отдыха. Все окружающие звуки, шумы и шорохи уходят из сознания, растворяются и исчезают в этом особом состоянии отдыха и покоя. Приятное состояние отдыха, покоя, безмятежности..., в нем исчезают и растворяются все тревоги, волнения и заботы... Мысли, образы возникают..., медленно проплывают и исчезают, словно легкие белые облака на фоне чистого синего неба. Они появляются, медленно проплывают по небу и исчезают, растворяются в синеве..., на смену им приходят другие и также проходят и исчезают, оставляя Вас полностью спокойным, расслабленным и отрешенным. Особое состояние покоя, отдыха, внутренней тишины и безмятежности. Приятное состояние... Организм отдыхает, набирается сил и энергии. В этом состоянии быстро восстанавливаются силы и душевное равновесие. Приятное состояние отдыха, покоя и расслабления. Я погружаюсь в тепло и покой Тепло и покой...

Останьтесь в этом состоянии отдыха, покоя, внутренней тишины и безмятежности. Запомните его... Это особое состояние отдыха и покоя, в котором быстро восстанавливаются Ваши силы и душевное равновесие. Повторите медленно, спокойно и без напряжения: Я погружаюсь в тепло и покой. Тепло и покой...

Почувствуйте эти слова... Ключевые слова надежно и прочно отпечатались в Вашем сознании. В дальнейшем, в ходе самостоятельных занятий или в экстремальной ситуации, будет достаточно произнести ключевые слова занятия, чтобы Ваш организм перешел в это особое состояние отдыха и покоя, в котором исчезают и растворяются все Ваши тревоги и волнения, восстанавливается душевное равновесие, тело набирается сил и энергии. Повторите за мной, медленно и без напряжения ключевые слова:

Я свободно управляю своим состоянием Мои руки расслабленные и тяжелые Я погружаюсь в тепло и покой

Тепло и покой...

В дальнейшем, в ходе самостоятельных занятий или в экстремальной ситуации, достаточно произнести ключевые слова занятия, чтобы Ваш организм перешел в это особое состояние отдыха и покоя, в котором исчезают и растворяются все Ваши тревоги и волнения, восстанавливается душевное равновесие, а организм набирается сил и энергии.

(после паузы плавно акцентируем)

Отлично. Вы хорошо отдохнули, полны сил и энергии. Абсолютно спокойны. Почувствуйте тело, упругость и эластичность мышц, как с каждым вдохом поднимается и расширяется грудная клетка и тело наполняется энергией. С каждым вдохом мышцы становятся все более упругими и крепкими.

Внимание на дыхание. Почувствуйте, как с каждым вдохом в Вас проносится чистый и свежий воздух, наполняя легкостью, силой и энергией. Сейчас Вы глубоко вдохнете, а затем быстро энергично выдохнете. Начинаем. Глубокий вдох... - выдох..., глубокий вдох... - резкий выдох..., глубокий вдох... - выдох..., глубокий вдох... - выдох... Повторяйте за мной: Я восстановил свои силы.

Почувствуйте, как с каждым вдохом тело становится все более легким, сильным, свободным и энергичным. Почувствуйте свои мышцы, какие они крепкие, сильные и эластичные... Глубокий вдох... выдох... Тело легкое, энергичное. Мышцы упругие и сильные. Вы полны сил и энергии.

Глубокий вдох... выдох... Повторите за мной и почувствуйте следующие ключевые слова:

Я хорошо отдохнул

Голова чистая, ясная, свежая. Состояние, как после глубокого, приятного, крепкого сна. Хочется пошевелиться, сбросить ненужную неподвижность и скованность. Появляется желание пошевелиться, сделать глубокий вдох... и выдох... Повторите за мной ключевые слова: Я абсолютно спокоен

Голова ясная, чистая. Только приятные мысли и образы. Тело легкое, сильное, хорошо отдохнувшее. Вы абсолютно спокойны и собраны. Повторите самостоятельно еще раз ключевые слова: Я восстановил свои силы. Я хорошо отдохнул. Я абсолютно спокоен.

Вы восстановили свои силы и находитесь в особом состоянии саморегуляции, которое позволяет максимально использовать все Ваши энергетические резервы для решения любых возникающих перед Вами проблем, сохраняя при этом душевное равновесие и чувство уверенности в себе.

(плавно акцентируем)

Внимание на дыхание. Сконцентрируйте свое внимание на дыхании. Сейчас я произнесу ключевые слова особого состояния мобилизации, которые отпечатаются в Вашем сознании и приведут все системы Вашего организма в необходимое состояние: Я спокоен и собран, полон сил и энергии. Я уверен в себе. Я решу свои проблемы Я добьюсь своего.

Сейчас, следом за мной. Вы мысленно будете повторять слова, воспринимая их через свое сознание и тело. Повторяйте мысленно, за мной, отпечатывая в своем сознании эти слова. Почувствуйте их: Я спокоен и собран, полон сил и энергии. Я уверен в себе. Я решу свои проблемы Я добьюсь своего.

Почувствуйте растущую в себе уверенность. Почувствуйте, как Вы наполняетесь силой, энергией, уверенностью в себе и своих силах. Вы спокойны и собраны. Повторяйте за мной слова, отпечатывая их в своем сознании: Я спокоен и собран.

Вы абсолютно спокойны и полностью собраны. Уверены в себе и своих силах. Повторяйте за мной слова, отпечатывая их в своем сознании: Я полон сил и энергии.

Почувствуйте, как с каждым вдохом Вы наполняетесь силой, энергией, уверенностью. Вдох... выдох... (3 раза). Вы спокойны и собраны, полны сил и уверенности в себе. Вдох... выдох... Почувствуйте тело, упругость и эластичность мышц. Голова чистая, свежая. Только приятные мысли и образы. Тело легкое, энергичное. Мышцы упругие и эластичные. Полны сил и энергии. Повторяйте за мной слова, отпечатывая их в своем сознании: Я уверен в себе.

Вы уверены в себе и своих силах. Вы обязательно решите все Ваши проблемы, избавитесь от забот и волнений. Повторяйте за мной слова, отпечатывая их в своем сознании: Я решу свои проблемы. Я добьюсь своего.

Вы трезво оцениваете ситуацию и обязательно решите все Ваши проблемы. Вы добьетесь своего. Запомните эти ключевые слова.

Я спокоен и собран, полон сил и энергии Я уверен в себе Я решу свои проблемы Я добьюсь своего.

Эти ключевые слова прочно и навсегда отпечатались в Вашем сознании. Почувствуйте это особое состояние. При помощи ключевых слов Вы легко и быстро сможете вызывать его в критических ситуациях.

А теперь Вы возвращаетесь в обычное состояние хорошо отдохнувшими, полными сил, энергии, готовыми справиться с любыми трудностями и препятствиями на своем пути. Глубокий вдох... резкий выдох.... Тело легкое, сильное, хорошо отдохнувшее. Голова свежая, чистая. Глаза закрыты, но уже хочется их открыть. Глубокий вдох... выдох... Глубокий вдох, открыли глаза, потянулись, выдох.... Вы хорошо отдохнули, восстановили силы, эмоциональное равновесие. Занятие закончено. Глубокий вдох... выдох.... Самостоятельно сделайте глубокий вдох и быстрый выдох..., потянитесь и откройте глаза... Хорошо. Занятие закончено.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ГВС

1. Принять горизонтальное положение на спине, закрыть глаза (если светло, то на глаза накладывают специальную повязку или полотенце) и в течение 5-7 мин попытаться максимально психически и физически расслабиться. При этом можно применять приемы аутогенной тренировки, вызывая ощущение теплоты и тяжести в конечностях.

2. Дыхание начинают с обычного полного выдоха. Вдох совершается медленно, при этом брюшная стенка выпячивается наружу (а не наоборот!). В это время заполняется воздухом нижняя часть легких. Грудная клетка одновременно расширяется (происходит заполнение воздухом средних долей легких). Важно подчеркнуть, что по продолжительности вдоха брюшной компонент должен преобладать. Выдох: сначала медленно опускается живот, а потом сужается грудная клетка. Выдох, также как и вдох, должен быть плавным и ровным.

3. Во время дыхания должен постоянно издаваться (для себя) легкий внутренний гортанный звук, необходимый для контроля длительности и регулярности дыхательных движений.

4. Во время упражнений все фазы дыхания довести примерно до 90% от максимально возможного во избежание растяжения легочной ткани.

5. Необходимо, особенно в начальные периоды (недели, месяцы) занятий, вести постоянный счет в уме длительности каждого вдоха и выдоха. Отмечать количество выполненных дыхательных циклов можно посредством легкого сгибания пальцев.

6. Начинать с 4 с вдоха и 8 с выдоха; осуществить таким образом 10-15 циклов. Если при этом отсутствуют одышка, общее напряжение, возбуждение, беспокойство, головокружение, выраженная утомляемость, то уменьшать длительность фаз дыхания не следует; если же при указанных параметрах такие ощущения появляются, следует перейти на режим 3:6. В последующем постепенно увеличивают длительность вдоха и выдоха, соблюдая соотношение 1:2. После того как исходные условия подобраны (5-10 или 6-12 с), необходимо придерживаться их в течение месяца, чтобы организм привык к новому режиму дыхательных упражнений. Количество первоначальных циклов должно быть не более 20 в сутки. Через месяц можно начинать прибавлять по одному дыхательному циклу через каждые 3-5 дней до 40-50 циклов. В последующем, через 1-2 мес, постепенно следует удлинять время цикла, соблюдая указанные пропорции. Длительность цикла увеличивается из расчета 1 с для вдоха, 2 с для выдоха в течение 2 нед. Самая большая длительность цикла – 1 дыхание за 1,5 мин (вдох - 30 с, выдох – 60 с). Дальнейшее удлинение времени цикла без занятий со специалистом нецелесообразно.

7. При правильном проведении дыхательных упражнений не должно быть сердцебиения, одышки, зевоты, головокружения, головной боли, онемения в пальцах рук и ног, напряжения мышц. В начале занятий у ряда больных могут ощущаться удары сердца; со временем это ощущение проходит. Правильное выполнение упражнений вызывает через определенное время ощущение внутреннего комфорта и покоя, дремоту, ощущение «погружения», ощущение тепла в ногах и т.д.

8. При освоении дыхательных упражнений запрещается прием табака, алкоголя, препаратов, стимулирующих психическую деятельность.

Запрещается заниматься дыхательными упражнениями после длительного пребывания на солнце или после тяжелой физической работы: в этих случаях возможны занятия через 6-8 ч.

Противопоказания к проведению дыхательных упражнений: тяжелые заболевания сердца, сосудов, легких, органов брюшной полости; выраженный церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь, заболевания крови, психические, инфекционные, простудные заболевания, менструация, беременность. Важным противопоказанием является глаукома.

Тест «СЛ-19»

Тест «СЛ-19» (Суицидная личность, 19 вопросов) разработан на базе Военного инженерно-космического университета (Юнацкевич П.И., 1997) для оценки склонности к суицидальным реакциям военнослужащих срочной службы.

Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да», если нет - поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

Таблица П.6.1

№	Утверждения	-	+
1.	Чтобы со мной не случилось, я все переживу		
2.	Я должен выжить, несмотря ни на что		
3.	Когда я взбешен, вид крови может успокоить меня		
4.	Многое меня просто «бесит»		
5.	Мне глубоко безразлично, что дальше со мной дальше будет		
6.	Мне кажется, что я просто невыносимо устаю от такой жизни		
7.	Иногда хочется заснуть и не проснуться		
8.	Стараюсь никогда не падать духом		
9.	Мне на все хочется наплевать		
10.	Мне хочется уйти и не вернуться		
11.	Мне очень трудно сейчас жить		
12.	В трудных ситуациях стараюсь не падать духом		
13.	Из любой ситуации всегда найду выход		
14.	Все мои усилия бессмысленны		
15.	Нет смысла жить		
16.	Нет сил терпеть все это		
17.	Чувствую: «Я уже не жилец на этом свете»		
18.	Я люблю жизнь		
19.	Ко мне многие хорошо относятся		

ШКАЛЫ И НОРМЫ

Оценочные (измерительные) шкалы индикаторов - внешних проявлений суицидального поведения представляют собой описание эталонов ("шаблонов"), каждому из которых приписаны определенные значения в виде чисел. Они разрабатывались исходя из требований: простоты - десятибалльная оценка и дифференцированности индикаторов, соответствующих разным оценкам; равномерности распределения частот оценок на нормативных выборках.

Обработка результатов обследования с помощью тестовой методики «СЛ-19» производится по таблице 2 следующим образом.

Совпадение ответа на ключевой вопрос шкалы оценивается в 1 балл. После подсчета баллов определяется наличие или отсутствие суицидальных явлений у обследуемого.

Таблица П.6.2

Ключи для обработки данных теста «СЛ-19»

Оценка уровня суицидального риска	Содержание ответов	Порядковый номер высказываний
<i>Суицидальный риск</i>	«Да» (+) «Нет» (-)	3,4,5,6,7,9,10,11,14,15,16,17; 1,2,8,12,13,18,19

Характеристика уровня суицидального риска и наличия суицидального поведения может быть выражена в виде предварительного диагностического заключения и рекомендаций, представленных в таблице 3.

Таблица П.6.3

Характеристика уровня суицидального риска

Оценка уровня суицидального риска	Баллы	Заключение
<i>Высокий уровень риска</i>	14-19	Вероятность совершения покушения на самоубийство высока. Рекомендуется дополнительное обследование а также направление на консультацию к специалисту.
<i>Средний уровень риск</i>	6-13	Суицидальное поведение возможно в ситуации психоэмоционального срыва, длительного эмоционального или физического перенапряжения. Рекомендуется дополнительное обследование. Не рекомендован напряженный труд.
<i>Низкий уровень риск</i>	1-5	В настоящий момент возникновение суицидального поведения маловероятно. Обследуемый может быть допущен к работе, требующей повышенной психоэмоциональной или физической нагрузке

Тест «СР-45»

Тест «СР-45» (Суицидный риск, 45 вопросов) разработан в 1998 г. (Юнацкевич П.И., Санкт-Петербург) и предназначен для выявления склонности к суицидальным реакциям.

Обследуемому предлагается ответить на 45 вопросов, имеющих порядковую нумерацию от 1 до 45. Ответы фиксируются на бланке, используемом при обследовании, с индексацией "да", если ответ положительный, и "нет", если ответ отрицательный.

Вопросы являются адекватными суицидальным проявлениям. Их валидизация произведена благодаря клиническим исследованиям лиц с суицидальным поведением (n=175). Использование данных вопросов и утверждений в качестве дополнительного стимульного материала позволяет при проведении обследования выявлять лиц, имеющих склонности к суицидным реакциям, и формировать из них группу риска.

Ключи приведены в таблице П.7.1., П.7.2.

При интерпретации полученных данных следует помнить, что методика констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования (ослабление мотивации дальнейшей жизни) эта склонность может развиваться.

Таблица П.7.1

"Ключ"	
Склонность к суицидным реакциям	
"Да" (+)	"Нет" (-)
1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

Таблица П.7.2

"Ключ" шкалы "лжи"(L)	
"Да" (+)	"Нет" (-)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Подсчитывается количество совпадений ответов с "ключом".

Оценочный коэффициент (S_r) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (35):

$$S_r = \frac{N}{35} \pm 0,07 \quad (\text{П.7.1})$$

где N — количество совпадающих с "ключом" ответов.

Показатели, полученные по этой методике, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, близкие к нулю — о низком уровне (табл. П.7.3).

Таблица П.7.3

Шкала оценок склонности к суицидным реакциям (S_r)		
Уровень оценки S_r	Уровень проявления	Оценка
0.01 — 0.23	Низкий	5
0.24 — 0.38	Ниже среднего	4
0.39 — 0.59	Средний	3
0.60 — 0.74	Выше среднего	2
0.75 — 1.00	Высокий	1

У обследуемых, получивших оценку "4", может возникнуть суицидальная реакция только

на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

Для обследуемых, получивших оценку "3", "потенциал" склонности к суицидным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

Обследуемые, получившие оценку "2", отнесены к группе суицидного риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидным реакциям. Они могут при испытывании затруднений в военно-профессиональной адаптации совершить суицидную попытку или реализовать саморазрушающее поведение.

Обследуемые, получившие оценку "1", обладают очень высоким уровнем проявления склонности к суицидным реакциям. Очевидно они переживают ситуацию внутреннего и внешнего конфликта и нуждаются в дополнительной медико-психолого-педагогической помощи.

Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (10):

$$L = \frac{N}{10} \pm 0,16 \quad (\text{П.7.2})$$

где N — количество совпадающих с "ключом" ответов.

Показатели, полученные по шкале "лжи", могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к нулю — о низком уровне и относительно надежной (при условии $L < 0,6 \pm 0,16$) достоверности результатов обследования.

Содержание вопросов и утверждений:

Таблица П.7.4

ИНСТРУКЦИЯ:

Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте "+" в графе "Да", если нет — поставьте "-" в графе "Нет".

Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

№ п/п	Утверждения	«Да» +	«Нет» -
1.	Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?		
2.	Жизнь иногда хуже смерти.		
3.	В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.		
4.	Меня многие любят, понимают и ценят.		
5.	Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.		
6.	Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.		
7.	Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или не найти.		
8.	Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?		
9.	Я иногда думаю о своей добровольной смерти.		
10.	В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.		
11.	Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.		
12.	У меня, в принципе, нет недостатков.		
13.	Может быть, дальше я жить не смогу.		
14.	Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.		
15.	Чувство обреченности в итоге приводит к добровольному уходу из жизни.		
16.	Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.		
17.	Мне не нравится играть со смертью в одиночку.		
18.	Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.		
19.	Я пробовал разные способы ухода из жизни.		
20.	В критический момент я всегда могу справиться с собой.		
21.	В школе я всегда отличался (отличалась) только хорошим поведением.		
22.	Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.		

23. Вокруг меня достаточно много нечестных людей.
24. Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.
25. Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.
26. Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.
27. Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.
28. Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему хочется, даже если он выбирает смерть.
29. Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, то он многое теряет.
30. Никому никогда не писал предсмертную записку.
31. Однажды пытался покончить с собой.
32. Никогда не бывает безвыходных ситуаций.
33. Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.
34. Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.
35. Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.
36. Могу оправдать любой свой поступок.
37. Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.
38. Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.
39. Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.
40. Однажды решался покончить с собой.
41. Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.
42. Я никогда не иду на нарушение закона даже в мелочах.
43. Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.
44. Однажды мне было очень стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.
45. Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ для учащихся по специальности суицидология

АДАПТАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА — уточнение методических приемов, которыми осуществляется определенный метод применительно к новым условиям.

АДАПТИВНОСТЬ — способность к адаптации.

АДЕКВАТНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ (лат. *adaequatus* — приравненный) — соответствие их значению стимула. Неадекватность подобных реакций может быть связана с психопатологическим явлением или быть следствием несоответствия, противоречия стимула и его личностной значимости.

АЗАРТ — эмоциональное состояние, проявляющееся как возбуждение, связанное с ожиданием желаемого результата своей деятельности или того, за кого «болеют». Оно может дойти до уровня аффекта.

АКТИВНОСТЬ — всеобщее свойство материи, связанное с движением как способом бытия материи и взаимодействием материальных объектов. В зависимости от формы движения материи (механической, физической, химической, биологической, социальной) различают и формы активности.

АКТИВНЫЙ ОТДЫХ — снятие утомления не только физкультурной разминкой, но и рациональной сменой рабочих движений и изменением деятельности.

АКТУАЛЬНОЕ (лат. *actualis* - существующий) — психическое явление, существующее в действительности и противопоставляемое потенциальному.

АКЦЕНТУИРОВАННЫЕ ЛИЧНОСТИ (лат. *acceptare* — ударение) — понятие и термин, введенный немецким психиатром и психологом К. Леангардом в 1964 г.: различные, еще не ставшие патологией особенности характера (скрытая акцентуация), являющиеся предрасположенностью к неврозам и психопатиям (явная акцентуация личности).

АЛКОГОЛИЗМ (медико-психологический аспект) — болезнь, относящаяся к группе токсикоманий (пристрастие к этиловому спирту). Является особо серьезной социальной и медицинской проблемой.

АМБВИВАЛЕНТНОСТЬ — одновременное проявление противоположных эмоций и чувств, внутреннего конфликта личности.

АМНЕЗИЯ (греч. *a* — частица отрицания, *mneme* — память) — отсутствие воспоминаний в следствии нарушения памяти.

АМОРАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ — действия и деятельность, противоречащие принципам нравственности.

АНАЛИЗ (греч. *analysis* — разложение, расчленение) мысленное или реальное расчленение предмета, явления, процесса на части, первая стадия научного исследования. Процедура обратная анализу — синтез.

АНАЛОГИЯ (греч. *analogia* — сходство) — сходство психических явлений и особенности поведения, вызванные одинаковыми условиями среды и потребностями.

АНАМНЕЗ (греч. *anamnesis* — воспоминание) — медицинский термин, принятый и в психологии: сведения о прошлом изучаемого, получаемые от него самого или (при объективном анамнезе) от хорошо знающих его лиц. Различают анамнез личности как синоним понятия «история развития личности», профессиональный, криминальный. В медицине различают анамнез жизни и болезни.

АНКЕТА — психологический метод: письменная постановка вопросов, предусматривающая письменные ответы об объективных или субъективных факторах

психической деятельности опрашиваемого. Ответы даются в произвольной форме и подлежат дальнейшему анализу для вынесения суждения.

АНОМАЛИЯ (греч. *anomalía* — отклонение) — отклонение разной степени явления от нормы. Синоним — девиация (лат. *deviatio* — отклонение).

АНТИСУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ — вид поведения личности, исключающий формирование относительно-устойчивой мысли, замысла и намерения о возможном самоубийстве.

АПАТИЯ (греч. *apatheia* — бесчувственность) — психическое состояние, вызванное переживаниями или заболеванием и проявляющейся потерей интереса и безразличием к окружающему. Апатия может переходить в свойство личности — апатичность.

АСОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — поведение, противоречащее общественным нормам и принципам, выступающее в форме безнравственных или противоправных действий.

АССОЦИАЦИЯ (лат. *associatio* — соединение) — отражение в сознании связей познаваемых феноменов, когда представление об одном вызывает появление мысли о другом.

АУТИЗМ (греч. *autos* — сам) — психическое состояние рефлексии, внутринаправленного внимания, отчужденности от коллектива. Может быть не только результатом неправильного воспитания или чертой характера — интроверта, но и симптомом заболевания.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА — вид тренировки, при которой тренирующийся вначале с помощью тренирующего, а затем и сам путем самовнушения приучается управлять (в известной мере) своими психическими и физиологическими явлениями. Синоним более точный — психосоматическая тренировка.

АУТСАЙДЕР (англ. *outsider* — посторонний) — понятие, означающее члена группы, отвергнутого последней, по причине психологической несовместимости.

АФФЕКТ (лат. *affectus* — волнение, страсть) — стремительно и бурно протекающая, наиболее сильная эмоция взрывного свойства, неподконтрольная сознанию.

АФФЕКТ НЕАДЕКВАТНОСТИ — вид аффекта, возникающий в результате его амбивалентности и проявляющийся в импульсивных действиях.

АФФЕКТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ — вид аффекта, сопровождающийся глубоким помрачением сознания, рядом произвольных импульсивных актов, действий, последующей амнезией, а иногда и глубоким сном.

АФФЕКТИВНЫЙ СУИЦИД. Аффективные суицидальные действия обусловлены необычайно сильным аффектом, возникшим в результате внезапного острого психотравмирующего события или под влиянием аккумуляции хронических психотравм. Для аффективного суицидального поведения характерны чрезвычайная сила проявления, своеобразие восприятия и осмысления окружающего, нередко с элементами дезорганизации и сужением сознания. Динамика аффективного суицида отличается „свернутостью» и интенсивностью. Поэтому пресуицидальный период имеет качественно своеобразное содержание. В одних случаях развитие аффекта сопровождается стремительным ростом эмоциональной напряженности. Сознание наполняется крайне эмоционально насыщенными отрицательными переживаниями гнева, обиды, оскорбленного достоинства, чести и т.д. Изменяется восприятие конфликтной ситуации; оно становится избирательно фрагментарным, отрывочным. Суициденты не реагируют на обращения окружающих, никакие аргументы в расчет не принимаются. Схваченность суицидальным побуждением обуславливает отсутствие страха смерти и боли. При этом суицидальные действия реализуются по существу реактивно, до механизма «короткого замыкания». В других — психогенная ситуация обусловлена не одномоментным психотравмирующим событием, а постоянно

повторяющимися мелкими душевными ранами („микротравмами»). Такие суицидальные действия, как правило, неожиданны для окружающих, поскольку повод для их совершения зачастую бывает незначителен, хотя для самого суицидента является „последней каплей». Поскольку суицидальное поведение в состоянии аффекта не вполне регулируется и контролируется человеком, порой бывает чрезвычайно сложно квалифицировать его как истинное или демонстративно-шантажное. В отличие от истинного суицида, при котором психотравма, осознанная и переработанная военнослужащим, вызывает определенный тип целенаправленного, хотя и неадаптивного поведения, при аффективных суицидальных действиях психотравмирующая ситуация не успевает подвергнуться сознательной личностной переработке. Идея самоубийства появляется в сознании внезапно и приобретает непреодолимую побудительную силу. Аффективный суицид, несмотря на глубину и истинность намерения покончить с собой, зачастую совершается в присутствии окружающих лиц. При внешнем сходстве с демонстративно-шантажным поведением такие действия тем не менее отличаются от него отсутствием суицидального шантажа. Во всяком случае, рассчитанных действий, чтобы обезопасить попытку, военнослужащим не принимается. Объекты, находящиеся в поле зрения суицидента, нередко приобретают значение средств самоубийства, выбор которых пал на первый подходящий предмет (штык-нож, бритва, веревка, окно, ядовитые вещества и т.д.). Особую опасность представляет наличие огнестрельного оружия (или его доступность) в момент аффекта.

БАРЬЕР ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ — мотив, препятствующий выполнению определенной деятельности или действий, в частности общению с определенным человеком или группой людей. Субъективно барьер психологический может переживаться как трудность и различно взаимодействовать с самооценкой.

БЕСЕДА — один из основных методов психологии, предусматривающий получение сведений о человеке и о свойственных ему психических явлениях путем речевого общения. Беседа может быть устной или письменной, для чего могут использоваться сочинения, анкеты, вопросники.

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ — неосознаваемые явления в психике человека.

БОЛЬ — врожденное переживание страдания, возникающее как защитная реакция на воздействия, приносящие вред тканям организма и человеку в целом, вызывающие желание избавиться от него.

БРЕД — идеи, суждения, не соответствующие действительности, ошибочно обосновываемые и полностью овладевающие сознанием человека, не корректируемые при разубеждении и разъяснении.

ВЕРБАЛИЗАЦИЯ СОЗНАНИЯ (лат. *verbalis* — словесный) — переход субъективных явлений в слова внешней или внутренней речи как результат взаимодействия первой и второй сигнальных систем действительности.

ВЛЕЧЕНИЕ — наиболее примитивная эмоциональная форма направленности личности: переживание смутной (чаще биологической) потребности.

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ — тяжело переживаемое психическое состояние, вызванное амбивалентностью чувств и затянувшейся борьбой мотивов, задерживающей принятие решения.

ВНУШАЕМОСТЬ — свойство личности как предрасположенность к внушению, полярное негативизму.

ВНУШЕНИЕ — форма общения, при которой суггеренд пассивно и произвольно, без обдумывания усваивает идеи, высказанные суггестором, и выполняет без борьбы мотивов его задания. Самовнушение — вид внушения, при котором одна личность и суггеренд, и суггестор. При «массовом» внушении, дополняемом психическим заражением, суггерендом является группа людей. Синоним — суггестия (лат. *suggestio* — внушение).

ВОЕННАЯ СУИЦИДОЛОГИЯ (понятие, разработанное Юнацкевичем П.И., 1999)

– научно-практическая дисциплина, изучающая вопросы суицидального поведения военнослужащих, его диагностики, коррекции и профилактики в условиях Вооруженных сил, разрабатывающая рекомендации, направленные на повышение эффективности системы «человек-армия». Методологическую основу военной суицидологии составляет системно-структурный анализ процесса суицидального поведения военнослужащих, который рассматривается во взаимосвязи со структурой личности и социальной системой «армия». Таким образом, в центре внимания этой науки находятся военные, психолого-педагогические, медицинские, юридические, социологические, исторические, религиозные и философские проблемы согласования человека и армии как элементов одной системы.

ВТОРОЙ КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ – сохранение мотивации к развитию гармоничной психической, нравственной, социокультурной, правовой и военно-профессиональной деятельности.

ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ — двигательное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих галлюцинаций, часто с внезапным переходом от обороны к нападению.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ — восприятия, возникающие без реального объекта (видения, призраки, мнимые звуки, голоса, запахи и др.).

ГИПНОЗ (греч. *hypnos* — искусственно вызванное сноподобное психическое состояние, сопровождающееся раппортом между суггестором и суггерендом.

ГНОСЕОЛОГИЯ - теоретическое основание специально-научных форм методологического анализа объекта исследования.

ГОМЕОСТАЗ (греч. *homoios* — подобный, *stasis* — состояние) — относительное постоянство внутренней среды организма человека, или его психического состояния, деятельности при изменяющихся внешних условиях, обеспечиваемое адаптацией и компенсацией.

ДЕМОНСТРАТИВНО-ШАНТАЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — совершение суицидных действий (отравление, попытка самоповешения, самопорезы и т.п.), а также высказывания угроз покончить с собой с целью привлечения внимания руководителей коллективов (или субъективно значимых лиц), вызова у них чувства страха и неопределенности для манипуляции их последующей административной деятельностью, как правило, направленной на формирование субъективно приемлемых или благоприятных условий для суицидента. Возникают такие поведенческие проявления на фоне затрудненной адаптации к возникшим нагрузкам физического и психоэмоционального плана, а также вследствие личностных особенностей человека (истерическая акцентуация характера).

ДЕМОНСТРАТИВНО-ШАНТАЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ относится к суицидальному с некоторой долей условности, лишь постольку, поскольку здесь имеет место сознательная манипуляция жизнеопасными действиями. Разработка, т.е. возникновение и развитие суицидальных представлений, и их реализация происходят как бы в „условной» форме на фоне сохраняющейся высокой ценности собственной жизни и страха смерти. Личностный смысл подобных попыток состоит в оказании психологического давления на окружающих значимых лиц с целью изменения конфликтной ситуации в благоприятную для суицидента сторону (разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей и т.п.). Целью может быть и наказание обидчика, стремление обратить на него возмущение окружающих, чтобы таким способом доставить ему серьезные неприятности. При таких попытках военнослужащий понимает, что его действия не должны повлечь за собой смерть, и для этого предпринимает все меры предосторожности. Практически все попытки совершаются в присутствии окружающих. На демонстративно-шантажный характер суицидальных действий указывают и способы их реализации, среди которых преобладают самопорезы предплечий (как правило,

множественные и поверхностные). Использование огнестрельного оружия встречается крайне редко, хотя угроза его применения довольно широко распространена. Выделяются две разновидности демонстративно-шантажных суицидальных действий: рациональные, аффективные. Рациональные (запланированные) суицидальные попытки отличаются более длительным подготовительным периодом. Содержанием этого периода является анализ возможных выходов из сложившейся конфликтной ситуации и принятие решения и необходимости продемонстрировать тяжесть своих переживаний в суицидальной форме. Решение о суицидальной попытке вынашивается относительно долго (иногда до месяца и более) и не всегда обуславливается каким-либо провоцирующим конфликтом. Повод зачастую подыскивается с целью маскировки под истинный суицид. Обстоятельства предстоящего покушения тщательно продумываются: от выбора места и способа до источников возможного оказания медицинской помощи. Для аффективной демонстративно-шантажной попытки характерны ускоренная динамика, отсутствие глубокой рациональной разработки. Но даже в условиях реальных переживаний аффект не достигает силы, свойственной истинным суицидентам. Под внешним выражением чувств скрывается сознательная манипуляция военнослужащим окружающими, обстоятельствами, а также своими собственными действиями, что и делает эти действия „разыгранным драматическим спектаклем». И, тем не менее, этот „спектакль» нередко приводит к трагическим последствиям (серьезным увечьям и даже к смертельному исходу), когда различного рода случайности и неправильный расчет определяют конечный результат попытки.

ДЕПРЕССИВНОСТЬ — (лат. *depressio* — подавленность) — психическое состояние выраженной пассивности, при которой отсутствует интерес к окружающему и многое представляется в мрачном виде.

ДЕПРЕССИЯ является отличительным признаком суицидального поведения, однако, прямолинейной зависимости интенсивности суицидальных переживаний и глубины депрессии нет. Атипичные депрессии, маскированные имеют высокую суицидальность в связи с трудностями своевременной диагностики, в особенности на фоне терапии. Депрессивные пациенты с суицидальным поведением требуют нестандартных решений в оказании медико-психологической и социальной помощи.

ЖИЗНЕННАЯ ПОЗИЦИЯ ЛИЧНОСТИ — наиболее выраженные и потому основные компоненты ее направленности, определяющие убеждения, принципы, ценностные ориентации, установки, ставшие мотивами деятельности личности.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ военнослужащих делятся на следующие категории: психологическое, нравственное, социальное, правовое, военно-профессиональное неблагополучие. Психологическое неблагополучие включает в себя: агрессивное и аутоагрессивное поведение военнослужащего, нацеленное на выживание в условиях казармы; переживание трудностей в приспособлении к тяготам и лишениям воинской службы. Нравственное неблагополучие — субъективное отношение военнослужащего к актам насилия, неуставным взаимоотношениям, кризису в обществе. Социальное - вынужденное общение, возрастные особенности военнослужащих срочной службы; временное прекращение связи военнослужащего с эмоционально-значимыми лицами. Правовое неблагополучие — низкая социально-экономическая и правовая защищенность. Военно-профессиональные трудности - агрессивный характер воинского труда, необходимость подчинения приказам и распоряжениям; низкое качество питания; отсутствие полноценного отдыха. Кроме того - тяготы и лишения воинской службы.

ЗАТРУДНЕНИЯ ОБЩЕНИЯ — все то, что мешает общению. Затруднения могут быть объективными (например, плохое слышание, незнание языка), так и субъективными (отсутствие понимания, психологический барьер); односторонними или обоюдосторонними.

ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ — стихийно складывающиеся под воздействием повседневного опыта взгляды людей на окружающую действительность и самих себя, которые являются основанием для их практической деятельности.

ИМПУЛЬСИВНЫЕ АКТЫ — один из видов психомоторики, деформированные действия, принявшие под влиянием сильных эмоций форму психических актов, подчас нелепых и непроизвольно совершаемых.

ИНДИВИД (лат. *individuum* — неделимое, особь) — отдельный человек как особь, изолированно взятая из общности.

ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ — особенное в индивидуе, совокупность только ему присущих особенностей (в частности, свойств личности), которая делает человека и его личность единственным воплощением типичного и всеобщего.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД — принцип педагогики: подход к человеку с учетом конкретных индивидуальных особенностей и индивидуальности в целом.

ИНДИКАТОР (греч. *indicator* — указатель) — величина, обобщающая несколько параметров и позволяющая оценивать по собственному критерию психическое явление или деятельность, в частности, при их формализации.

ИНТРОВЕРТ — термин, введенный современным английским психологом З. Айзенком для обозначения типа личности, направленность которой в большей степени определяется внутренним миром с выраженным развитием «Я», памяти и воображения.

ИСТИННОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — это осознанные действия, целью которых является совершение акта самоубийства, желание лишиться себя жизни. Серьезность и устойчивость намерения подтверждаются выбором места, времени и способа суицидального действия, активной предварительной подготовкой, а в ряде случаев — наличием предсмертных записок. Военнослужащие совершают самоубийства, как правило, в ночное или вечернее время суток. Поведение строится так, чтобы никто не помешал достижению конечного результата. Все попытки совершаются без свидетелей, а способы суицида в *этих* случаях выбираются наиболее „жесткие»: самоповешение и использование огнестрельного оружия. Самопорезы и самоотравления встречаются нечасто, хотя характер и условия использования таких способов указывают на вполне осознанное стремление лишиться себя жизни, что отличает их от внешне сходных случаев демонстративно-шантажных попыток. (Например, самопорезы при истинных суицидальных действиях отличаются значительной глубиной). В большинстве случаев истинные суицидальные действия совершаются военнослужащими первого года службы и обусловлены трудностями ее начального периода. При истинных суицидальных действиях пресуицидальный период отличается длительностью и в своем развитии проходит изложенные выше стадии — predisпозиционную и суицидальную. Длительность этого периода может быть различной: от нескольких суток до месяца и более. Решающую роль в этом играют глубина переживаемого конфликта, личностная значимость психотравмирующего события, его истинное содержание и, конечно, психологический склад личности. В ряде случаев перед самоубийствами военнослужащие оставляют предсмертные записки. В них обычно звучат идеи самообвинения и содержатся просьбы о прощении их близкими людьми. Иногда в записках обвиняются те, кто явился, по мнению суицидента, виновником его поступка. В случае неудавшейся попытки в постсуицидальном периоде некоторое время наблюдается сохранение суицидальных мыслей и намерений. При этом как в прямой, так и в косвенной форме высказывается сожаление о сохранении жизни, об утрате ее ценности. Проявляется пассивное „согласие на смерть». Так реагируют главным образом те, кто считает невозможным свое возвращение в условия, которые привели их к суициду. Вероятность попытки повторного суицида довольно велика. У совершивших истинные суицидальные действия риск завершения суицида на ближайший год увеличивается в 100 раз, причем наибольшая его вероятность — в первые 1—2 месяца после попытки.

КОНФЛИКТ — вид общения, в основе которого лежат реальные или иллюзорные, объективные или субъективные и в различной мере осознанные противоречия в целях общающихся личностей при попытках их разрешения на фоне острых эмоциональных состояний.

КРИТЕРИЙ (греч. *kriterion* — признак) — признак, по которому классифицируются, оцениваются (и получают оценки) соответствующим индикатором психические явления, действия или деятельность, в частности, при их формализации.

КРИТЕРИИ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ НОРМ антисуицидального поведения военнослужащих: 1) сохранение актуальности смысла жизни, как высшей ценности человека; 2) средняя величина частоты проявления определенных качеств личности, исключающих суицидальное поведение в статистическом понимании; 3) состояние, необходимое для удовлетворительного физического, психологического и социального самочувствия. Всего разработано 7 критериев (П.И. Юнацкевич, 2000), однако предполагается, что это не окончательный итог исследований.

ЛАБИЛЬНОСТЬ (лат. *labilis* — неустойчивый) — скорость перехода нервных клеток из состояния возбуждения в торможение и наоборот.

ЛЕНЬ — психическое явление: отсутствие желания делать что-либо, требующее волевого усилия, и главное — переживание удовольствия от безделья.

ЛИДЕР (англ. *leader* — ведущий, руководитель) — член группы, осуществляющий руководство. Термин подразумевает прилагательные «официальный» — старший в группе или «неофициальный» — вожак, фактически ведущий за собой группу.

ЛИЧНОСТЬ — человек, как носитель сознания; одна из двух систем человека (вторая — организм).

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ КОММУНИКАЦИИ (лат. *communicatio* — связь, путь сообщения) — способ осуществления межличностных отношений.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ — совокупность методов, применяемых в данном исследовании и определяемых соответствующей им методологией.

МЕТОД ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ — путь психолого-педагогической коррекции суицидального поведения, суть которого состоит в отвлечении внимания человека от провоцирующих суицидальные переживания поводов. Концентрация внимания суицидента на негативных переживаниях усиливает намерения совершить самоубийство или покушение на него. Целенаправленное изменение «вектора» внимания (его направленности) позволяет ослабить напряженность суицидных переживаний личности и сфокусировать ее на позитивных ощущениях, получаемых от определенной деятельности (отдых, увлечение, чтение литературы, просмотр фильмов, беседа со специалистом и т.д.).

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПРИЕМ — способ, которым осуществляется психологический метод. Методический прием может определять вариант метода и его соответствие или несоответствие определенной теории и методологии.

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИИ — основные пути и приемы познания психических явлений и их закономерностей.

МЕТОД «МОЗГОВОГО ШТУРМА» (А. Осборн) — генерирование идей в группе специалистов разных областей знаний.

МЕТОД ДИАЛОГА С ДЕСТРУКТИВНОЙ ОТНЕСЕННОЙ ОЦЕНКОЙ (А. Александров) — активизация творческого потенциала ученого при коллективном генерировании идей с последующим формированием контридей.

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ — способ применения старого знания для получения нового. Является орудием получения научных фактов.

МЕТОД МОРФОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА (Ф. Цвикки) — всесторонний анализ явлений, проведения исследования с самого начала и продолжения его даже тогда, когда считают, что продвигаться вперед нет смысла. Суть метода состоит в систематическом

исследовании всех мыслимых вариантов, вытекающих из закономерностей строения (морфологии) проблемы.

МЕТОД СИНЕКСИКИ (У. Гордон) – совместная работа людей различных специальностей. Цель – попытка творческого решения проблемы путем неограниченной тренировки воображения и объединения несовместимых элементов.

МЕТОД СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ЭВРИСТИКИ (И. Мюллер, П. Кох) – составление эвристических программ, т.е. предписаний, представленных в виде ряда последовательных указаний для исследователя, благодаря которым он рациональным путем получает необходимую и достаточную информацию и целесообразно ее перерабатывает.

МЕТОД СТУПЕНЧАТОГО ПОДХОДА (А. Фрейзер) – системный подход к анализируемым причинам и препятствиям, определяющим цели и конкретные решения.

МЕТОД ФОКАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ основан на перенесении признаков случайно взятых объектов на прототип, который лежит как бы в фокусе переноса (Ф. Кунце).

МЕТОДИКА ЭФФЕКТИВНОГО ФОРМИРОВАНИЯ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ военнослужащих базируется на принципах педагогической теории профилактики самоубийств. Это организация системы морально-психологической, правовой, военно-профессиональной подготовки, направленной на профилактику суицидального поведения в рамках военно-педагогических систем: подразделение, часть, соединение, объединение и Вооруженные Силы. Основными ее исполнителями являются руководители воинских коллективов, несущие ответственность за своих подчиненных. Они принимают непосредственное участие в решении вопросов, касающихся судьбы людей, их обучения, воспитания и обеспечения жизнедеятельности на протяжении всего периода военно-профессиональной деятельности. Методика является неотъемлемой частью процесса профессиональной подготовки личного состава Российской армии.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА – учение о принципах, формах и способах научно-исследовательской деятельности.

МОТИВ (фр. *motif* — побудительная причина) — психическое явление, становящееся побуждением к действию.

НАУЧНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ - результаты исследований, используемые в педагогической методике профилактики суицидального поведения.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ СУИЦИДНЫЕ МЫСЛИ - размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: „Жить не стоит», „Устал от такой жизни» и т.п., где нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание смысла жизни.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ – процесс или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранные для изучения.

ОБУЧЕНИЕ — вид формирования новых свойств личности и коллектива, входящий в их подструктуру опыта.

ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМАТИКА ВОЕННОЙ СУИЦИДОЛОГИИ – формирование и развитие антисуицидального поведения военнослужащих.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВОЕННОЙ СУИЦИДОЛОГИИ: организация военно-педагогического процесса осуществляется на основе формирования социальной модели поведения военнослужащего, исключаяющей суицид; военно-педагогический процесс ориентирован на учет социально-педагогических норм суицидального поведения военнослужащих; воинское обучение и воспитание обеспечивает передачу антисуицидного наследия Вооруженных сил и общества новым поколениям военнослужащих; субъекты воинского обучения и воспитания выступают в качестве базы формирования антисуицидальных состояний военнослужащих; построение алгоритма мотивационного управления локальным кругом воинского общения стимулирует развитие антисуицидального поведения военнослужащих, педагогическая

подготовка офицеров включает в себя вопросы профилактики суицидального поведения, систематизации воинского общения, формирующего жизнеутверждающие состояния у человека в условиях Вооруженных сил на педагогической основе, а также методику формирования антисуицидального поведения у личного состава; в процессе формирования антисуицидального поведения военнослужащих используют информационно-педагогические технологии. Основными теоретическими принципами педагогической теории профилактики суицидального поведения военнослужащих являются гуманизм организации воспитательного процесса; согласованность тенденций сохранения и изменения социально-педагогических норм антисуицидального поведения в процессе обучения и воспитания; обеспечение заботы о военнослужащем; сочетание воспитания и самовоспитания антисуицидогенных установок личности; учет стабильности антисуицидальных стереотипов поведения в обществе и армии и динамичности ауто- и гетеростереотипов восприятия; насыщение жизнеутверждающим содержанием учебного материала. Педагогические средства в процессе формирования антисуицидального поведения военнослужащих являются доминирующими.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ВОЕННОЙ СУИЦИДОЛОГИИ заключаются в определении объективных закономерностей суицидального поведения военнослужащих, разнообразных, диагностики, коррекции и терапевтических мероприятий, прогноза и профилактики дальнейших рецидивов. Военная суицидология разрабатывает основы: безопасного, жизнеутверждающего поведения военнослужащего (мировоззрение, правосознание, мораль, общественное мнение, социальные стереотипы); диагностики и коррекции суицидального поведения военнослужащих; организации суицидологической помощи военнослужащим; суицидального поведения военнослужащих (структура личности суицидента, стереотипы суицидального поведения в условиях Вооруженных сил, суицидный стереотип, социально-психологические особенности суицидента, суицидогенная ситуация, антисуицидогенные установки личности военнослужащего и их роль в генезе суицидального поведения); деятельности руководителей воинских коллективов по профилактике самоубийств и покушений на них среди личного состава; адаптации к воинской службе; подготовки специалистов по профилактике суицидального поведения военнослужащих – «военный суицидолог». Военная суицидология решает следующие задачи: изучение закономерностей суицидогенного воздействия общества, армии и профессиональной деятельности на отдельных военнослужащих, группы и воинские коллективы; разработки методов диагностики и коррекции суицидального поведения военнослужащих; формирования научных рекомендаций по повышению эффективности деятельности руководителей воинских коллективов по профилактике суицидального поведения личного состава; разработки рекомендаций по перевоспитанию лиц, совершивших суицидальные действия и руководству самовоспитанием антисуицидогенных установок личности; разработки дополнительных методик профессионального отбора и психолого-педагогического обеспечения воинской службы. Особое внимание в военной суицидологии уделяется анализу возникновения и развития суицидального поведения в связи с объективными условиями воинской деятельности, разработке системы реабилитационных мероприятий.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: плановые занятия по боевой и общественно-государственной подготовке; изучение психофизиологических особенностей пополнения; документов молодого пополнения, опросы, тестирование, обмен письмами с родственниками, военкоматами, коллективами, в которых обучались или работали молодые воины; тематические вечера, посвященные истории России, Вооруженных Сил, части, представление личному составу молодого пополнения подразделений.

ПАССИВНЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ - характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни: „Хорошо бы

умереть», „Заснуть и не проснуться» и т.п. Они отражают внутреннюю готовность к суициду.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ – педагогическая деятельность командиров подразделений, профессорско-преподавательского состава образовательных учреждений, направленная развитие психологических, нравственных, социокультурных, правовых и военно-профессиональных качеств личного состава, исключающих выбор суицидальной модели поведения.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (разработана Юнацкевичем П.И., 1999) военнослужащих изучает социально-педагогические нормы поведения военнослужащих и разрабатывает методику, обеспечивающую профилактику самоубийства и покушения на самоубийство военнослужащего. Ее объект - развитие антисуицидального поведения военнослужащих. Предмет - социально-педагогическая норма поведения военнослужащих, обеспечивающая профилактику суицида.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ есть новое направление педагогической психологии, социальной педагогики, юридической и военной педагогики. Оно изучает вопросы формирования антисуицидального поведения военнослужащих, разрабатывает рекомендации, направленные на повышение эффективности педагогических систем, действующих в Российской армии. Разработка педагогической теории и методики формирования антисуицидального поведения, и ее применения на практике, позволяет сократить число суицидов и покушений на них среди военнослужащих в 2 раза. Содержание педагогической теории и методики профилактики самоубийств включает в себя методологические, феноменологические и психологические основы. Основная проблематика – педагогическая теория управления и развития социальной модели поведения военнослужащих, исключающая самоубийство. Специальные методы – педагогическая диагностика и коррекция личности, а также формирование антисуицидального поведения военнослужащих.

ПЕДАГОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ И СРЕДСТВАМИ эффективной коррекции суицидальной модели поведения военнослужащих являются: идентификация, сравнение и сопоставление, фильтрация и инфльтрация антисуицидной информации, смысл жизни, влияние общественного мнения и социально-психологической ситуации, пример и подражание, приучение, координация, стереотипизация. Особенностью антисуицидального воспитания является разнонаправленность воспитательных воздействий, проявляющаяся на всех его уровнях: психологическом, нравственном, социальном, военно-профессиональном. Воспитательное воздействие в педагогическом процессе профилактики суицидального поведения охватывает все стороны жизнедеятельности человека в условиях Вооруженных Сил, ориентировано на всех без исключения военнослужащих и его требования безотлагательны, так как подкрепляются оптимистичным общественным мнением. Показателями эффективности антисуицидального обучения и воспитания выступают степень устойчивости социального стереотипа поведения, исключающего выбор военнослужащими суицидной модели поведения.

ПЕРВЫЙ КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНО ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ антисуицидального поведения – это сохранение актуальности смысла жизни как высшей ценности человека.

ПОМЕХОУСТОЙЧИВОСТЬ — свойство всех психических явлений в большей или меньшей степени сохранять целесообразную структуру в условиях влияния неблагоприятных деформирующих ее факторов.

ПСИХИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ (лат. *regulare* — приводить в порядок) — проявление активности психики, направленное благодаря опережающему отражению на

поддержание жизнеспособности и дееспособности человека. Психологическая саморегуляция может становиться сознательной при индивидуальном планировании деятельности.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ: неврозы, реактивные состояния, психопатии и пр. Обладают максимальным риском повторности суицидальных действий.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ – все то, что находится в границах объекта исследования в определенном аспекте рассмотрения.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ военной суицидологии – обоснование закономерностей, целей, методов, основных категорий педагогической теории и разработка методики формирования антисуицидального поведения военнослужащих.

ПРЕДМЕТ ТЕОРИИ военной суицидологии - социально-педагогическая норма поведения военнослужащих, обеспечивающего профилактику суицидального поведения.

ПРИНЦИП – основное, исходное положение теории.

ПРОБЛЕМА – крупное обобщенное множество сформулированных вопросов, которые охватывают область будущих исследований.

ПРЕСУИЦИД - период времени от возникновения первых суицидальных мыслей и переживаний до их реализации, характеризуется особым психическим состоянием, которое обуславливает повышенную вероятность суицидального действия. В свою очередь в пресуициде можно выделить две фазы: 1) predispositional фаза, 2) суицидальная фаза.

ПРЕДИСПОЗИЦИОННАЯ ФАЗА. Этот период времени определяется повышенной психологической напряженностью для суицидента, поиском путей по выходу из создавшейся критической ситуации. Внимание концентрируется на „непреодолимых» трудностях в жизни, службе, на мыслях об отсутствии потенциальных возможностей в решении возникших проблем. Ожидание возможного неблагоприятного развития событий вызывает беспокойство, постепенно перерастающее в чувство тревоги. Характерной особенностью этого периода является острая потребность человека к установлению неформального контакта, теплых дружеских отношений, потребность в сопереживании, эмоциональной поддержке (поиск опоры), желание поделиться своими переживаниями. Если в первые дни военнослужащий проявляет активность в поисках сочувствия и помощи извне, то в последующем эта активность заметно снижается, хотя потребность в помощи остается высокой. В рассматриваемом периоде возникает чувство, что жизнь не имеет будущего, что в ней есть только прошлое. **Жизнь воспринимается только ретроспективно.** Человек пытается найти утешение в воспоминаниях о приятных, счастливых моментах его жизни, но эти воспоминания, как правило, только отягощают восприятие настоящего. Иногда вся прожитая жизнь воспринимается как бесконечная череда провалов и неудач. На высоте predispositional фазы появляются симптомы деперсонализации: неопределенное чувство внутренней измененности, отчужденности, переживание какой-то „неестественности» окружающего, его непонятности и враждебности. Возникает ощущение внутренней пустоты и бессмысленности существования („Жить не стоит», „Устал от такой жизни»), при этом мысли о собственной смерти, как правило, носят налет теоретизирования, без какого-либо желания умереть.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ - формирование антисуицидальных мыслей, идей, намерений, исключающих покушения на свою жизнь. Это сложный, противоречивый педагогический процесс. Его суть заключается в выявлении и устранении причин отклонений от социально-педагогических норм в поведении, переводе объективных требований служебно-профессиональной морали в личные убеждения личного состава. В дальнейшем на этой основе происходит развитие способностей военнослужащего к саморегуляции своих действий и поступков, а также регуляции общественного поведения. Этот процесс еще не достаточно изучен в современной педагогической теории.

ПЯТЫЙ КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ в физиологическом (медицинском), психологическом и социальных аспектах не определяется критериями ценности и степени частоты. Под понятием «нормальное» подразумевается состояние, необходимое для хорошего психического, нравственного, социокультурного, правового и военно-профессионального самочувствия, независимо от того, встречается оно редко или часто и в какой степени приближается к идеальному состоянию. В тоже время, ненормальным являются те формы суицидального поведения военнослужащих, которые неблагоприятно влияют на внутреннюю гармонию и самочувствие человека или на его ближайшее окружение, а также вызывают конфликты, преступления, нарушения здоровья и (или) военно-профессиональной деятельности.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ФАЗА. Продолжительные, но неудачные попытки практически преобразовать психотравмирующую ситуацию приводят человека к тому, что все его ресурсы и резервы оказываются почти исчерпанными. Поражения и неудач влекут за собой снижение самооценки, изменяют позитивное отношение к себе, приводят к мыслям о собственной несостоятельности, порождая внутренний конфликт „неприятия самого себя», „самоотрицания». На фоне эмоционально подавленного состояния возникает „сужение сознания», оно концентрируется лишь на негативных аспектах ситуации. В результате человек оказывается неспособным воспринимать то, что смогло бы помочь ему в разрешении проблемы. По мере того как исчерпываются все известные варианты разрешения ситуации, возникает ощущение беспомощности перед лицом трудностей. **Беспомощность и безнадежность.** Измененным кажется течение времени, его мучительное замедление, ощущение того, что „этот кошмар никогда не кончится. НИКОГДА!». Появляются нестойкие, сначала довольно диффузные суицидальные мысли (Я что-нибудь с собой сделаю), а позднее и суицидальные замыслы — разработка плана самоубийства, обдумывание способа, «примеривание» к нему. Принятию решения о самоубийстве обычно способствует дополнительная психотравма, которая еще более убеждает военнослужащего в неизбежности катастрофы. Причем сила ее может быть совершенно незначительной. Однако само принятие такого решения свидетельствует о переживании необычайной глубины и силы. Характерными особенностями поведения военнослужащих в этом периоде являются: замкнутость, стремление к уединению, вплоть до полной изоляции, утрата интереса к окружающему, эмоциональная заторможенность, неадекватные действия и высказывания. Вместе с тем отмечаются и другие формы поведения: расчетливость, решительность, хладнокровие зловещее спокойствие и даже агрессивность. С большим постоянством отмечается расстройство сна, аппетита, повышенная утомляемость, чувство бессилия, снижение работоспособности. Суицидальный период заканчивается непосредственно суицидальным актом — самоубийством или покушением на него.

РУКОВОДСТВО САМОВОСПИТАНИЕМ АНТИСУИЦИДОГЕННЫХ УСТАНОВОК ЛИЧНОСТИ подразумевает развитие и контроль у обучаемых (воспитуемых) естественного стремления к укреплению в своем сознании жизнеутверждающих ценностей, обеспечивающих привязанность человека к обществу, родным и близким и т.д. Это стремление обеспечивается во многом за счет самовоспитания человека.

САМОУБИЙСТВО – целесообразная деятельность личности, направленная на удовлетворение желания уйти из жизни.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ — часть педагогической системы, органический компонент перспективного направления в образовании. Она обеспечивает своевременное и максимально полное использование в обучении и воспитании людей их интеллектуального потенциала и личностных качеств, сохраняя в результате жизнь и здоровье, не допуская самоубийств и покушений на них.

Основными ее исполнителями являются руководители коллективов, несущие ответственность за своих подчиненных. Они принимают непосредственное участие в

решении вопросов, касающихся судьбы людей, их обучения, воспитания и обеспечения жизнедеятельности на протяжении всего периода профессиональной деятельности.

СОДЕРЖАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ формирования антисуицидальной модели поведения военнослужащих составляют исследования антисуицидального поведения военнослужащих в процессе обучения и воспитания. Педагогическая теория и методика формирования антисуицидального поведения военнослужащих есть новое, самостоятельное направление общей педагогики.

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НОРМЫ антисуицидального поведения военнослужащих – это формы психологических, нравственных, социокультурных, правовых и военно-профессиональных требований, регулирующих антисуицидальное поведение людей посредством формирования установок, общих предписаний и запретов, распространяющихся на суицидные поступки.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВОЕННОЙ СУИЦИДОЛОГИИ – педагогическая диагностика и коррекция суицидального поведения военнослужащих.

СРЕДСТВА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ИЛИ КОРРЕКЦИИ — предпринимаемые воспитателем или педагогом действия, направленные на изменение суицидогенных установок в личности.

СУГГЕСТИЯ — метод гипноза, используемый для проведения психолого-педагогической коррекции суицидального поведения. Его суть заключается во внушении обследуемым антисуицидных установок в состоянии гипнотического сна, а также в состоянии бодрствования в ходе проведения занятий или индивидуальной работы с представителями группы риска (или суицидентами).

СУИЦИД (лат. *suicide* — самоубийство) — самоубийство.

СУИЦИД – это не только индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная психологическими и психопатологическими изменениями в экстремальных жизненных ситуациях. Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экологическими, культурно-историческими и этническими условиями развития страны и различных ее регионов. Причины суицидального поведения нужно анализировать в связи с общим состоянием современной культуры и в контексте существующих в обществе этнических норм, мировоззрения, социальной ситуации в целом.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ – вид поведения личности, включающего в себя формирование относительно-устойчивой мысли о возможном самоубийстве, соответствующего замысла с последующим осуществлением конкретных действий по подготовке к суицидной попытке.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ АВТОМАТИЗМ – это действие, направленное на лишение себя жизни, осуществляемое непроизвольно или неосознанно.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ – деятельность, в которой формируются качественные изменения личности в данный период, способствующие развитию осознанных намерений завершить свою жизнь самоубийством. Это специфически человеческая, регулируемая сознанием активность, порождаемая социально-психологическими, психофизиологическими потребностями и направленная на отказ от познания и преобразования внешнего мира, самого человека путем реализации своих жизненных функций, а лишения себя жизни, как субъективно приемлемое средство преобразования внешней и внутренней действительности.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА включает в себя анализ не только собственно суицидальных проявлений (мыслей, переживаний, поступков) в их статистике и динамике, но и всей совокупности личностных, средовых, клинических факторов, участвующих в генезе суицида. В процессе исследования используются представления о таких явлениях как: дезадаптация, конфликт, позиция личности, уровень социализации, характерологические проблемы личности и пр. Интегральная

оценка поведения дает представление о суицидальном риске и определяет реабилитационную тактику.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ИНТЕРОРИЗАЦИЯ – процесс преобразования внешних, предметных действий других людей-самоубийц (на примерах жизненного опыта, литературы, кино) во внутренние, умственные действия и размышления, предметом которых являются мысли о самоубийстве.

СУИЦИДНЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ — характерные высказывания человека, имеющего намерения совершить покушение на самоубийство, отражающие аутоагрессивное состояние, негативное отношение к окружающим людям, собственной жизни, пренебрежение правилами личной безопасности.

К суицидным высказываниям относится также положительная вербальная оценка к процессу нанесения самопорезов, попытке отравиться или выпрыгнуть из окна, изготовлению петли и т. п.

СУИЦИДОГЕННЫЙ КОНФЛИКТ — конфликт, при котором проявляется невозможность, неумение или незнание личности как его конструктивно разрешить.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ЗАМЫСЛЫ - это активная форма проявления суицидальности — разработка плана самоубийства (продумывается способ, выбирается время и место действия).

СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАМЕРЕНИЯ - принятие решения о самоубийстве и непосредственное побуждение к суицидальным действиям.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ - как итог представлений о невозможности существования в данной ситуации.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ – взаимодействие двух и более человек, включающее обмен между ними информации познавательного, эмоционального и оценочного характера, касающейся самоубийств, их способов, средств, мотивов и побуждений, а также последствий.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ПРИВЫЧКА – суицидальное действие или элемент суицидного поведения, выполнение которого у личности стало потребностью.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ - завершённые самоубийства, суицидальные попытки и намерения. Самоубийства и суицидальные попытки представляют собой два принципиально различных рода действий, т.е. завершённый суицид — это не просто преувеличенная форма попытки, а попытка самоубийства, не аналог лишь случайно неудавшегося самоубийства.

СУИЦИДАЛЬНОЕ УМЕНИЕ – процесс приобретения и закрепления знаний и способов покушений на самоубийство. Суицидальное умение является необходимым компонентом суицидального поведения и представляет собой процесс изменения ее субъекта.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ МОТИВ – то, что побуждает личность к суицидной деятельности и придает ей осмысленный характер.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ЦЕЛЬ – то, что реализует потребность личности лишить себя жизни и выступает в качестве образца конечного результата суицидального поведения.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ЭКСТЕРИОРИЗАЦИЯ – переход от внутреннего, умственного плана суицидного действия к внешнему, реализуемому в форме приемов и действий по покушению на самоубийство.

СУИЦИДОЛОГИЯ (по Амбрумовой А.Г., 1988 г.) как наука сформировалась на рубеже 50-х годов и объединила в изучении суицидального поведения ряд смежных научных дисциплин (психиатрию, психологию, социологию, педагогику, юриспруденцию), имеет собственный объект, предмет исследования, а также теоретический, терминологический и методический аппарат. В 1999 году сформирована Санкт-Петербургская научная школа суицидологии под руководством П.И. Юнацкевича, разработано практическое направление суицидологии – военная суицидология.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ — вид поведения личности, включающего в себя формирование относительно-устойчивой мысли о возможном самоубийстве, соответствующего замысла с последующим осуществлением конкретных действий по подготовке к суицидной попытке.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ различных видов определяется триадой взаимодействующих суицидальных факторов: особенность наркотической психопатизации личности, выраженность патологического влечения к наркотику и личностная значимость микросоциального конфликта. Данный контингент демонстрирует два основных вида аутоагрессии: суицидальные (попытки и тенденции) и несуйцидальные формы аутоагрессии – самоповреждения и передозировки.

СУИЦИДООПАСНАЯ СИТУАЦИЯ - Конфликтная ситуация приобретает характер суицидоопасной, когда военнослужащий осознает ее как высокозначимую, предельно сложную, а свои возможности — как недостаточные для ее преодоления, переживая при этом чувство безнадежности и выбирая суицидальные действия как единственно возможный для себя выход. Все множество конфликтов, лежащих в основе суицидального поведения военнослужащих, может быть классифицировано следующим образом. Конфликты: 1. Обусловленные спецификой воинской деятельности: • индивидуальные адаптационные трудности воинской службы; трудности или негативные результаты выполнения конкретной служебной задачи; межличностные конфликты с военнослужащими других периодов службы; служебные и межличностные конфликты со своими начальниками (подчиненными). 2. Обусловленные спецификой личностно-семейных взаимоотношений военнослужащего: неразделенная любовь, измена любимой девушки, жены, развод; тяжелая болезнь, смерть близких людей; интимно-сексуальные конфликты. 3. Связанные с отклоняющимся от социальных норм поведением военнослужащего: опасение уголовной ответственности; боязнь позора в связи с асоциальным проступком. 4. Связанные с состоянием здоровья военнослужащего: хронические, соматические (телесные) заболевания; физические недостатки (дефекты речи, особенности внешности, воспринимаемые как недостатки); затянувшее лечение болезни; диагностическая ошибка. 5. Связанные с материально-бытовым обеспечением военнослужащего: обеспечение жильем; обеспечение покупательной способности военнослужащего; уровень обеспечения продуктами первой необходимости.

СУИЦИДООПАСНАЯ НЕПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИОННАЯ РЕАКЦИЯ представляет собой ответ личности на конфликтную ситуацию, возникают негативно окрашенные эмоциональные переживания в сочетании с невозможностью использования имеющегося у личности опыта для обнаружения адаптивного решения конфликта.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ ИССЛЕДОВАНИЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ является концепция А.Г. Амбрумовой о социально-психологической дезадаптации личности человека и концепция П.И. Юнацкевича о деформации систем профессиональной подготовки и нравственного воспитания, составляющей суть разнообразных поведенческих проявлений суицида.

ТЕОРИЯ – учение система идей или принципов. Совокупность обобщенных положений, образующих науку или ее раздел. Она выступает как форма синтетического знания, в границах которой отдельные понятия, гипотезы и законы теряют прежнюю автономность и становятся элементом целостной системы.

ТРЕТИЙ КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ – это обеспечение удовлетворения личности от процесса психической, нравственной, социокультурной, правовой и военно-профессиональной деятельности.

УСТАНОВКА — понятие, введенное в психологию Д. Н. Узнадзе, как основная категория теории установки — готовность к определенной активности, зависящая от наличия потребности и объективной ситуации ее удовлетворения.

ФЕНОМЕН СУИЦИДА - (самоубийство или попытка самоубийства) чаще всего связывается с представлением о психологическом кризисе личности, под которым понимается острое эмоциональное состояние, вызванное какими-то особыми, личностно значимыми психотравмирующими событиями. Причем это кризис такого масштаба и интенсивности, что весь предыдущий жизненный опыт человека, решившегося на суицид, не может подсказать ему иного выхода из ситуации, которую он признает невыносимой. Такой психологический кризис может возникнуть внезапно (под влиянием сильного аффекта). Но чаще внутренняя душевная напряженность накапливается постепенно, сочетая в себе разнородные негативные эмоции.

ФОРМИРОВАНИЕ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ – развитие у военнослужащих через обучение и воспитание морально-психологических, социокультурных, правовых, военно-профессиональных качеств личности, исключающих выбор суицидального поведения.

ХАРАКТЕРНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДЕНТОВ: неуверенность в себе; низкий или заниженный уровень самооценки; высокую потребность в самореализации; симбиотичность, высокую значимость для них теплых, эмоциональных связей, искренности взаимоотношений, наличие эмпатии, понимания и поддержки со стороны окружающих; трудности в волевых усилиях при принятии решений; снижение уровня оптимизма и активности в ситуации затруднений; склонность к самообвинению, преувеличению своей вины; несамостоятельность; недостаточная социализация, инфантильность и незрелость личности. Трудности службы, изменение привычного стереотипа обладают для таких военнослужащих субъективной значимостью. При столкновении с негативными жизненными событиями они оказываются наиболее склонны к депрессивному реагированию и приходят к выводу, что самоубийство является единственным выходом из создавшейся ситуации.

ЧАСТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА. Основным содержанием общего направления профилактической работы является ослабление и устранение социальных и социально-психологических причин и условий, способствующих формированию и проявлению суицидального поведения военнослужащих: 1. Проведение мероприятий, способствующих более мягкой и быстрой адаптации к воинской службе. 2. Изучение индивидуальных особенностей подчиненных, формирование навыков воинской службы, воли и настойчивости в преодолении ее трудностей. 3. Рациональное распределение военнослужащих по подразделениям и специальностям с учетом полученной первоначальной военной подготовки, склонностей молодых воинов к конкретным видам деятельности, а также равномерного представительства различных национальностей. 4. Организация боевой учебы в соответствии с боевыми уставами и наставлениями; оказание помощи отстающим военнослужащим, особенно по причинам психофизиологических особенностей. 5. Недопущение необоснованных физических и морально-психологических перегрузок военнослужащих. 6. Равномерное распределение нарядов на службу и работу. Учет при назначении в команды, караулы, суточный наряд здоровья и морально-психологического состояния военнослужащих. Исключение назначения лиц, находящихся в стрессовом состоянии и перенесших утраты родных и близких или разлад с любимой. 7. Проведение психопрофилактических мероприятий среди военнослужащих.

ЧЕТВЕРТЫЙ КРИТЕРИЙ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ определен как средняя величина частоты проявления определенных характеристик физиологических, психологических, нравственных, социальных, правовых и военно-профессиональных качеств личности, исключающих выбор суицидальной модели поведения, в статистическом понимании. Это понятие нормы не несет в себе оценочного значения. Границы этой нормы наносятся на кривую Гауса. При этом нормальным считается все то, что располагается ближе к середине и встречается чаще всего, а ненормальным – то, что встречается сравнительно редко. Причем степень

ненормальности суицидального поведения будет соответствовать степени редкости суицидального поведения военнослужащих.

ЦВЕТА-ФОРМА КОРРЕКЦИЯ – понятие, разработанное П.И. Юнацкевичем (2001), обозначающее использование специально подобранных гамм и сочетаний цвета, форм, текстов, образов, символов, звука, видео, предъявляемых, в комплексе в определенном сочетании и порядке с целью вызова коррекционного, терапевтического или спецэффекта в практике интегративной медицины, психофизиологии, психологии, терапии, хирургии, психиатрии, психотерапии, коммерции, рекламных технологий и политических компаниях. На основе данного метода автором разработаны программные продукты для психофизиологической коррекции, комплексной терапии проблемных больных, суицидентов: «Автоматизированное рабочее место военного суицидолога», «Мой врач», «Виртуальная клиника», «Виртуальный бизнес-тренинг» (1998-2001 гг.).

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, т.е. общая характеристика и классификация отклоняющихся от нормы суицидальных поступков военнослужащих, негативных последствий суицида для индивида, армии и общества.

ФОРМИРОВАНИЕ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: формы и методы педагогической деятельности руководителей воинских коллективов; планирование и реализация индивидуально-воспитательных и социально-педагогических мер, направленных на развитие социальной модели поведения военнослужащих, исключая самоубийство.

ЭВРИСТИКА – наука, изучающая творческую деятельность, методы, используемые в открытии нового и в обучении.

ЭТИОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ - это его социальная природа, конкретные причины и условия, способствующие его существованию и проявлению в современных условиях; психологические, нравственные, социокультурные, правовые и военно-профессиональные механизмы формирования антисуицидального поведения; дифференциация и эволюция антисуицидального поведения в зависимости от объективных и субъективных причин.

ЗАДАЧИ ПО ВОЕННОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

"Самоубийство есть психологическое явление, и, чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой".

Н. Бердяев

Задача 1

Изучение самоубийств и покушений на них в настоящее время особо актуально как с точки зрения социальной значимости, так и в свете разработки действенных мер их профилактики. По данным Всемирной Организации Здравоохранения в развитых странах самоубийство, как причина смерти, занимает одно из первых мест наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также несчастными случаями в результате дорожно-транспортных происшествий.

Каким образом в условиях армии самоубийства влияют на личный состав?

Варианты ответов:

1. Деморализирующе.
2. Негативно сказываются на нравственном климате в коллективе и боевой готовности войск.
3. Относительно большое количество самоубийств среди военнослужащих вызывает отрицательное отношение к армии и военной службе со стороны родителей и гражданской общественности.
4. Суициды как факты используются для оправданий отклонений от воинской обязанности и военной службы.
5. Стимулируют к более качественному выполнению служебных обязанностей.

Задача 2

С чем связан феномен суицида (самоубийство или покушение на него)?

Варианты ответов:

1. С психологическим кризисом личности.
2. С острым эмоциональным состоянием.
3. С личностно-значимыми психотравмирующими событиями.
4. С кризисом такого масштаба и такой интенсивности, что весь жизненный опыт человека, решившегося на самоубийство, не может подсказать ему иного выхода из ситуации, которую он считает невыносимой.

5. С неблагоприятным астрологическим прогнозом.
6. С отсутствием оптимизма.
7. С желанием поиграть со смертью в рулетку.

Задача 3

Чаще всего такой психологический кризис возникает внезапно под влиянием сильного аффекта, а внутренняя душевная напряженность накапливается постепенно, сочетая в себе разнородные негативные эмоции.

Когда для военнослужащего конфликтная ситуация приобретает характер суицидоопасной?

Варианты ответов:

1. Когда он осознает ситуацию как высоко-значимую, предельно сложную, а свои возможности - как недостаточные для ее преодоления.
2. Когда он переживает чувство безнадежности и выбирает самоубийство как единственно возможный для себя выход.
3. Когда изменяет супругу (супруге).
4. Когда берет в долг большую сумму денег и не собирается ее возвращать.

Задача 4

В основе суицидального поведения военнослужащих лежит множество конфликтов. Как их можно классифицировать?

Варианты ответов:

1. Конфликты, обусловленные спецификой военной службы и воинскими взаимоотношениями.
2. Конфликты, обусловленные спецификой лично-семейных взаимоотношений военнослужащего.
3. Конфликты, связанные с состоянием здоровья военнослужащего: хронические, соматические (телесные) заболевания, физические недостатки (дефекты речи, особенности внешности, воспринимаемые как недостатки).
4. Конфликты кармы.
5. Злой рок.
6. Испытание судьбы.
7. Парапсихологические конфликты.

Задача 5

Под влиянием конфликтов возникают суицидальные представления. В каком виде их можно представить?

Варианты ответов:

1. В виде недифференцированных мыслей.
2. В виде размышлений об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в таких формулировках как: "Жить не стоит", "Устал от такой жизни" и т.п.
3. В отсутствии четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание смысла жизни.
4. В посещении пассивных суицидальных мыслей, характеризующихся представлениями и фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни: "Хорошо бы умереть", "Заснуть и не проснуться". Они отражают внутреннюю готовность к суициду.
5. В виде четкого плана самоубийства.
6. В виде замысла совершить расстрел караула и потом застрелить себя.

Задача 6

В конечном итоге суицидальные представления приводят к суицидальным замыслам. Что это такое?

Варианты ответов:

1. Разработка плана самоубийства.
2. Продумывается способ, выбирается время и место самоубийства.
3. Принимается решение на самоубийство.

Задача 7

После суицидального замысла формируется суицидально намерение. Что это такое?

Варианты ответов:

1. Разрабатывается план самоубийства.
2. Принимается решения на самоубийство.
3. Происходит суицидальное действие.

Задача 8

Замечено, что самоубийство совершается людьми различных психологических типов. Вместе с тем не существует так называемого типа военнослужащих, "склонных к самоубийству". Все зависит от силы психотравмирующей ситуации и ее личностной оценки как непереносимой.

Самоубийцам свойственны некоторые общие черты личности. Для таких военнослужащих столкновение с негативными жизненными событиями приводит к депрессивному реагированию и выводу о том, что самоубийство является единственным выходом из создавшейся ситуации.

Какие это черты?

Варианты ответов:

1. Участие в коммерческой деятельности во внеслужебное время.
2. Склонность к коммерческой деятельности.
3. Неуверенность в себе, низкий или заниженный уровень самооценки, высокая потребность в самореализации.
4. Симбиотичность, высокая значимость для них теплых, эмоциональных связей, искренности взаимоотношений, понимания и поддержки со стороны окружающих.
5. Снижение уровня оптимизма и активности в затруднительных ситуациях.
6. Склонность к самообвинению, преувеличение своей вины.
7. Несамостоятельность, недостаточная социализация, инфантильность и незрелость личности.

Задача 9

Поскольку самоубийство понимается как индивидуальный поступок личности, так и социально-психологическое явление, отражающее в себе наряду с индивидуальными особенностями характер влияния и воздействия социальных факторов (требования воинской службы, специфические условия ее прохождения и т.д.), то в соответствии с этим и должна строиться вся система профилактической работы. Данная система разделяется на общую и частную профилактику.

Что включает в себя общая профилактика суицидального поведения военнослужащих?

Варианты ответов:

1. Ослабление и устранение социальных и социально-психологических причин и условий, способствующих формированию и проявлению суицидального поведения военнослужащих.
2. Сохранение конфликтной обстановки в войсках.
3. Организация решения материально-бытовых, медицинских, психологических, нравственных, правовых и профессиональных проблем личности военнослужащих.

Задача 10

Что включает в себя частная профилактика суицидального поведения военнослужащих?

Варианты ответов:

1. Учет групповых и индивидуальных факторов риска.
2. Своевременное выявление военнослужащих, находящихся в суицидоопасном состоянии, и оказание им психологической помощи и поддержки.
3. Меры социального, психологического, медицинского, правового и педагогического характера.
4. Частная работа по индивидуальному плану всех должностных лиц воинской части.

Задача 11

Как можно классифицировать пути нейтрализации самоубийств, обусловленных тяготами военной службы и служебными неприятностями?

Варианты ответов:

1. Изучением индивидуальных личностных особенностей подчиненных, формированием у них навыков военной службы, воли и настойчивости в преодолении ее трудностей.
2. Рациональным распределением военнослужащих по подразделениям и специальностям с учетом полученной профессиональной подготовки, склонностей молодых воинов к конкретным видам деятельности, а также равномерного представительства различных национальностей.
3. Повседневной организации боевой учебы, оказанием помощи отстающим, особенно по причинам психофизических особенностей.
4. Недопущением необоснованных физических и морально-психологических перегрузок военнослужащих.
5. Справедливым и равномерным распределением нарядов на службу и на работы, при назначении в команды, караулы, внутренние наряды с учетом здоровья и морально-психологического состояния военнослужащих.
6. Составлением астрологических прогнозов совместимости военнослужащих.
7. Своевременным употреблением спиртных напитков.

Задача 12

Что можно отнести к основным формам профилактической деятельности?

Варианты ответов:

1. Плановый отдых в бане с женой товарища.
2. Плановые занятия по боевой и общегосударственной подготовке.

3. Изучение психофизических особенностей молодого пополнения по призывным документам, на основе обмена письмами с родителями и родственниками, военкоматами и организациями, в которых обучались или работали молодые воины.

4. Проведение личных бесед, тематических вечеров, тестирование и опрос личного состава.

Задача 13

Каким образом можно нейтрализовать суицидальные проявления, обусловленные неблагоприятным морально-психологическим климатом в воинских коллективах, конфликтами и неуставными взаимоотношениями между военнослужащими?

Варианты ответов:

1. Выполнение дополнительных работ в ночное время по уборке территории, ремонту помещения.

2. Уставной организацией службы, постоянным учетом и контролем личного состава.

3. Изучением социально-психологических процессов в воинских коллективах.

4. Поддержанием среди военнослужащих атмосферы дружбы, товарищества, взаимопомощи, уважением личного достоинства каждого.

5. Предупреждением нарушений уставных правил взаимоотношений между военнослужащими, глумлений и издевательств над ними.

Задача 14

Укажите основные формы и методы по профилактике негативных явлений в воинском коллективе.

Варианты ответов:

1. Проверка личного состава на каждом построении, занятии и принятие мер по розыску незаконно отсутствующих.

2. Своевременное и действенное реагирование на жалобы и заявления военнослужащих.

3. Анализ взаимоотношений военнослужащих различных сроков службы и представителей различных национальностей.

4. Проведение опросов и анонимного анкетирования с целью выяснения межличностных отношений, неформальных лидеров воинских коллективов, микрогрупп и основ их образования.

5. Проведение инструктивно-методических занятий с младшими командирами, воспитателями в воинских подразделениях по вопросам дружбы, взаимопомощи и сотрудничества в воинских коллективах.

6. Посещение ночного клуба в военной форме.

7. Покраска стен казармы в новый колер уставного образца.

Задача 15

Самоубийства и покушения на них, вызванные нарушением прав и свобод военнослужащих, а также социальной справедливости в жизни военнослужащих и их коллективах какими путями могут быть нейтрализованы?

Варианты ответов:

1. Юридического просвещения военнослужащих.
2. Разъяснением законов о воинских преступлениях.
3. Защитой чести и достоинства каждого военнослужащего, его конституционных прав.
4. Наказанием склонного к суициду сутками «зверинца» (комнаты для хранения оружия).

Задача 16

Укажите основные формы и методы работы по предупреждению суицидального поведения.

Варианты ответов:

1. Плановые занятия по общественно-государственной подготовке.
2. Проведение лекций, бесед и вечеров вопросов и ответов на правовые темы.
3. Встреча с работниками органов военной юстиции и других правоохранительных органов.
4. Участие военнослужащих в заседаниях военных судов.
5. Организация в подразделениях уголков правовых знаний.
6. Организация регулярных марш-бросков.

Задача 17

Самоубийства, вызванные семейными неурядицами, неразделенной любовью, изменой любимого человека, потерей близких каким образом могут быть предупреждены?

Варианты ответов:

1. Дневным и бесплатным сном с лицами противоположного пола.
2. Анализом обстановки в семьях военнослужащих.
3. Организацией совместного досуга семей военнослужащих.
4. Созданием женсоветов, оказанием практической помощи в налаживании семейно-бытовых отношений, улучшением жилищных условий и материального положения.
5. Организацией обмена квартиры.
6. Разводом.

Задача 18

Укажите формы и методы работы по предупреждению суицидального поведения военнослужащих.

Варианты ответов:

1. Прием командованием военнослужащих и членов их семей по личным вопросам, оказание реальной помощи в решении социально-бытовых проблем.
2. Проведение лекций и бесед о культуре семейно-бытовых отношений, встречи семей различных поколений.
3. Организация консультаций по проблемам социально-правового положения семей военнослужащих, урегулирование конфликтных ситуаций с привлечением юристов, педагогов, психологов, врачей.
4. Организация телефонов доверия.
5. Своевременное обеспечение молодых семей жильем (отдельными благоустроенными квартирами).

Задача 19

В целях профилактики суицидального поведения формирование нравственного мышления военнослужащих предусматривает следующее:

1. Регулярное посещение традиционной религиозной конфессии, молитвы и укрепление веры.
2. Обучение нравственному правилу III-C: не вреди себе (C1), соседям (C2), среде (C3) ни мыслью, ни словом, ни делом; создай для себя (C1), соседей (C2), среды (C3) мыслью, словом, делом.
3. Своевременные ротации командиров и начальников, достигших 45-летнего возраста на более молодых и подготовленных в нравственном и профессиональном отношении военных руководителей.
4. Увольнение лиц с суицидальным поведением из армии.
5. Привлечение к уголовной ответственности за совершение покушения на самоубийство.

Ответы на задачи

Задача 1. Верный ответ: 1, 2, 3, 4.

Задача 2. Верный ответ: 1, 2, 3, 4.

Задача 3. Верный ответ: 1, 2.

Задача 4. Верный ответ: 1, 2, 3.

Задача 5. Верный ответ: 1, 2, 3, 4.

Задача 6. Верный ответ: 1, 2.

Задача 7. Верный ответ: 2, 3.

Задача 8. Верный ответ: 3, 4, 5, 6, 7.

Задача 9. Верный ответ: 1, 3.

Задача 10. Верный ответ: 1, 2, 3.

Задача 11. Верный ответ: 1, 2, 3, 4, 5. Философский ответ: 7.

Задача 12. Верный ответ: 2, 3, 4.

Задача 13. Верный ответ: 2, 3, 4, 5.

Задача 14. Верный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

Задача 15. Верный ответ: 1, 2, 3.

Задача 16. Верный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

Задача 17. Верный ответ: 2, 3, 4.

Задача 18. Варианты ответов: 1, 2, 3, 4, 5.

Задача 19. Варианты ответов: 1, 2, 3.