

ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

УДК 616.89.008.44:355

Иванов Д. А.

ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

НИИ проблем военной медицины Вооруженных Сил Украины, г. Ирпень

В работе обобщены результаты исследований автора разных лет, приводятся собственные соображения и анализ литературных данных по проблеме превенции суицидального поведения военнослужащих. Рассматриваются вопросы распространенности, причин и профилактики покушений на собственную жизнь в условиях военной службы.

Ключевые слова: суицидальное поведение, пресуицидальный синдром, факторы риска, психопрофилактика, военнослужащие срочной службы.

Распространенность самоубийств

Феномен самоубийства известен с давних времен. Но за последнее время, как в нашей стране, так и за рубежом, отмечены склонность к увеличению числа суицидов и их омоложение [18]. Рост самоубийств по сравнению с последними годами существования Советского Союза отмечается где-то в 1,5 раза [11].

В мире от самоубийств ежегодно погибает около 500–600 тысяч человек, а число лиц, пытавшихся покончить с собой, достигает 5-ти млн.

В Украине, по данным ВОЗ на 2000-й год, ежегодно кончает жизнь самоубийством свыше 15,0–15,5 тысяч человек, т. е. ежедневно в Украине расстаётся с жизнью более 40 человек. Если учесть, что из 7–10 попыток лишь одна удаётся, то количество стремящихся уйти из жизни по собственному желанию увеличивается в 10 раз. На сегодняшний день по числу самоубийств на 100 тысяч населения (свыше 20 случаев) Украина входит в группу наименее благополучных стран в мире [17, 20].

Напряженность общей суицидологической обстановки неблагоприятно отражается и на росте самоубийств в вооруженных силах [16, 20]. По различным сведениям, в армиях постсоветских государств самоубийства составляют 18–50% от общего числа смертей в мирное время. Данные американских авторов свидетельствуют, что на протяжении последних 15-ти лет частота самоубийств среди военнослужащих США также возрастает.

Согласно Чуприкову А. П., число самоубийств среди военнослужащих срочной службы намного меньше, чем среди гражданской молодежи, но в процентном отношении количество суицидов в Украинской армии превышает таковое среди лиц взрослого населения примерно в 10 раз.

Служба в армии стала делом непочетным, одним из последствий этого выступает увеличение количества призываемой молодежи с низкими уровнями образования и физической подготовки. Относительно большое число рядовых составляют лица с признаками физической незрелости и психического инфантилизма, что не может не сказываться на увеличении количества суицидов в условиях военной службы [6].

Согласно эксперту по предотвращению суицида Л. Шестопаловой, больше всего самоубийств совершается весной и в начале осени, в конце недели, когда человек уже устал, и в праздники, когда особенно остро ощущается одиночество. Что касается времени суток, то для мужчин время-пик — это вечер, для женщин — утро. Среди самоубийц — 82% мужчин. А незаконченные суицидальные попытки в своём большинстве приходятся на женщин.

В два раза чаще заканчивают жизнь самоубийством лица маленького роста. По мнению шведских учёных, с каждым дополнительными пятью сантиметрами риск самоубийства сокращается на 9%.

Причины покушения на собственную жизнь

Нередко в мотивациях суицидальных действий разобраться бывает сложно, здесь в каждом конкретном случае по-разному переплетаются предпосылки биологического, социального, медицинского и психологического порядка [3].

В каждой из возрастных категорий для суицидального поведения имеются свои причины. Если молодёжь подвигает на этот шаг банальное непонимание со стороны взрослых, в армии это — «незаслуженная» (в сознании подчинённого) критика командования или несчастная любовь, то для среднего возраста характерны более серьёзные причины — невостребованность, невозможность заработать и содержать семью. Старики боятся своей ненужности, одиночества, болезней.

По литературным данным, лишь 5–10% законченных суицидов и попыток к ним совершают люди в психотическом состоянии, на лиц же, страдающих различными психопатическими расстройствами, их приходится 20–30% [15]. А около 60% суицидентов составляют психоинфантильные субъекты [2].

Практически здоровые военнослужащие, у которых не проявляются выраженные расстройства поведения, совершают суициды в состоянии эмоционального напряжения при наличии у них акцентуаций характера чаще по шизоидному, психастеническому и сензитивному типу. К демонстрации суицидов более склонны истерические, астенические и неустойчивые акцентуанты [15].

Известно, что психические и соматические заболевания у военнослужащих даже при незначительной их выраженности в специфических условиях деятельности могут привести к тяжёлым последствиям, в том числе и к самоубийству. Но ведущую суицидогенную роль, безусловно, играет обостренная личностная характеристика. Суицидальное поведение — это сугубо личностное отклонение. У такого человека потенциальная суицидоготовность, по видимому, подсознательно тлеет всегда, а выход в сознание срабатывает под влиянием исключительно индивидуального соотношения «причины и реакции».

К суицидогенным факторам могут быть отнесены [12]:

1. Социально-экономический или материально-бытовой (в большей степени этот фактор относится к лицам офицерского состава):

- а) бытовое неблагополучие (семейные конфликты на этой почве), низкий уровень социально-правовой защиты, слабая перспектива в службе, неуверенность в будущем;
- б) проблемы социального характера (неясность в получении жилья, несвоевременная выплата денежного довольствия, трудности по обеспечению семьи и т. д.).

2. Служебные конфликты:

- а) связанные с трудностями военной службы;
- б) между воинами разных призывов;
- в) между начальниками и подчиненными.

3. Лично-семейные конфликты:

- а) неразделенная любовь, измена;
- б) развод, угроза развода;
- в) болезнь, смерть близких;
- г) половая несостоятельность.

4. Факторы, связанные с антисоциальным поведением суицидента:

- а) опасение уголовной ответственности;

б) боязнь позора за содеянное.

5. *Нарушение состояния здоровья:*

- а) психические заболевания;
- б) телесные заболевания, повреждения;
- в) физические недостатки.

Профилактика самоубийств в войсках

В настоящее время суицидологическая проблема особо нуждается и в научно-теоретических обобщениях, и в безотлагательных практических рекомендациях по предупреждению самоубийств.

Профилактика суицидальной активности военнослужащих в целом должна состоять в:

- тщательном медико-психологическом отборе;
- профессиональном отборе (с учетом психологических особенностей военнослужащих);
- грамотном подборе военнослужащих в воинские коллективы по психологической совместимости;
- проведении социально-психологической работы с командованием части (повышение образовательного уровня в вопросах психологии (индивидуальной, коллективной), психиатрии, суицидологии).

Было время, когда только для двух профессий — врачей и юристов — считался необходимым какой-то минимум знаний по психиатрии.

Сколько досадных конфликтов, сколько чрезвычайных происшествий было бы устранено, если бы психиатрическая культура (если так можно выразиться) населения была бы выше, чем она есть сейчас.

Профилактика суицидальных поступков в вооруженных силах на сегодняшний день может подразумевать [12]:

1. Устранение мотивов самоубийств, предпосылок к ним;
2. Раннее выявление суицидальных тенденций.

1. Устранение мотивов самоубийств и предпосылок к ним.

1) затрагивающих социально-экономическую (материально-бытовую) сферу.

Командному составу, офицерам по вопросам гуманитарной подготовки необходимо пытаться сохранить (не казенным образом) соответствующий морально-психологический климат в воинских коллективах (прежде всего офицерских), особенно в гарнизонах, подлежащих сокращению.

В работе с личным составом срочной службы офицерам и прапорщикам необходимо: правильно разъяснять суть единоначалия, следить за соблюдением распорядка дня военнослужащих, организовывать их досуг; осуществлять своевременные помывки и смену белья; оснащать их соответствующими принадлежностями и т. д. То есть неукоснительно следовать требованиям устава.

Невыполнение или нарушение по этим вопросам естественным образом вызывает негативное восприятие воинской службы.

2) связанных со служебными конфликтами.

а) в период адаптации к военной службе:

- эти конфликты могут быть сглажены или устранены путем индивидуальных бесед, в частности о том, что предстоит во время службы, какие следует ожидать трудности, т. е. заблаговременной морально-психологической подготовкой воинов;
- командирам, офицерам по вопросам гуманитарной подготовки, врачам рекомендуется учитывать **типы информационного обмена** [12] военнослужащих (их сильные и слабые

стороны мышления) с целью повышения эффективности бесед с ними, прогнозирования их поведения в той или иной ситуации.

б) между старослужащими и «молодыми» солдатами:

- на должности сержантов необходимо назначать авторитетных военнослужащих, выявленных анонимным опросом, с благоприятными для руководящей должности типами информационного обмена, подходящими психологическими и психофизиологическими характеристиками, выявленными с помощью тестов;
- провести в войсковой части анкетный опрос [12] с целью выявления доминирующего дезадаптирующего фактора риска, связанного с условиями военной службы, исходя из чего усилить то или иное психопрофилактическое направление (см. таблицу) [14];
- организовать «анонимные телефоны и почту психологической разгрузки», проводить доверительные, откровенные беседы с «группой риска» (при этом категорически должна быть исключена тема самоубийств), в т. ч. с сержантским составом;
- неукоснительно требовать порядок и дисциплину, обеспечить неотвратимость наказаний виновных, связанных с данными конфликтами.

в) в связи с субординационными проблемами:

- у возбудимых личностей можно подчеркнуть их сильные стороны (функции), а тормозимых похвалить по слабым функциям, т. е. не использовать наказания как единственный способ воспитания, если это представляется возможным;
- повысить осознанность требований по службе у подчиненных с учетом сильных и слабых функций их типов информационного обмена, используя специальные приемы педагогического и психологического воздействия, приучать работать военнослужащих различными стимулами, пробуждая у них такие чувства, как ответственность, стыд, совесть, проводить занятия (не формально, а в необходимых случаях и индивидуально) по разъяснению личному составу принципа единоначалия и его необходимости в армии.

Для юноши, молодого призывника административно-приказной язык устава сложен, труднодоступен, в особенности в начале службы. В качестве примера — выдержка из устава внутренней службы:

«Единоначалие есть один из принципов построения и управления Вооруженными Силами Украины и состоит в:

- *обеспечении выполнения указанных решений (приказов) исходя из всесторонней оценки обстановки и руководствуясь требованиями законов...;*
- *подчиненный обязан безоговорочно выполнять приказы начальника»* и т. д.

Непонимание смысла единоначалия, неразъяснение его молодым солдатам, по-видимому, служит одной из основных причин дезадаптационных срывов, что нередко заканчивается суицидальными, антисоциальными и другими чрезвычайными происшествиями в войсках. Происходит накопление аффекта на фоне инородности психологии молодого призывника и условий службы в армии. Это надо сглаживать [12].

Почему возникают проблемы в отношениях начальник — подчиненный? Офицер отдает приказ, неразумный с точки зрения подчиненного. Подчиненный дает аффект. В чем причина? В том, что подчиненный не знает смысла единоначалия: необходимо выполнять любой приказ. Здесь не должны иметь значение уровень восприятия формы требований, недопустимо столкновение противоречий мотиваций солдата и необходимости исполнения приказа. С рядовым составом необходимо проводить занятия по разъяснению принципа единоначалия доступным, доходчивым языком, объяснять необходимость единоначалия в армейской среде, подчеркивать, что же получится из армии, когда начнут обсуждать, оценивать, анализировать, подвергать сомнению правильность приказов командиров (особенно в

боевой обстановке). При этом единоначалие во многих случаях нужно разъяснять индивидуально, должны быть разные интонации в зависимости от того, кому адресованы объяснения.

3) связанных с лично-семейными конфликтами.

Разными способами интересоваться регулярностью получения писем, организовать беседы с военнослужащим (о взаимоотношениях в семье, с женой, девушкой), а также беседовать с друзьями военнослужащего.

При необходимости переписываться с родителями (при редком получении военнослужащим писем, при изменениях настроения у него).

Обращать внимание на попытки военнослужащего уехать в отпуск (поиск причин этих попыток, беседы, в том числе с его друзьями, сержантами).

При первичной беседе или в последующем при налаживании доверительного психологического контакта с военнослужащим деликатно выяснить у него важный вопрос о половой сфере (наличие половых контактов, выяснить его самооценку как мужчины, обращения его к врачу, в том числе в части).

4) связанных с конфликтами на почве антисоциального поведения военнослужащих.

При возбуждении в части какого-либо уголовного дела обратить внимание на возможных подозреваемых, вплоть до их отстранения от несения дежурств с оружием. Поддерживать наблюдение за настроением, поведением этих лиц через друзей, сержантов.

При необходимости в определенных ситуациях принять меры для изоляции таких военнослужащих.

5) связанных с нарушениями состояния здоровья.

Необходимо обращать внимание на странность поведения военнослужащих, иметь в виду возможность такого поведения при их болезни.

Выделить в особую группу риска лиц с различными длительно протекающими телесными заболеваниями, физическими недостатками.

При любом случае суицида важна реакция на него окружающих. При неадекватной, чрезмерно аффективной или панической реакции со стороны командования у молодого солдата может наблюдаться повторное суицидальное действие, либо демонстративное, либо истинное, но более тяжелое и серьезное. В этих случаях опасна цепная реакция суицидов в части.

Таким образом, при ситуационном варианте суицидального поведения профилактическая работа сводится к предупреждению и ликвидации психотравмирующей ситуации, включая социально-правовую помощь. Если невозможно быстро и полностью устранить психотравмирующую ситуацию, больных необходимо своевременно направить на консультацию к психиатру.

2. Раннее выявление суицидальных тенденций.

Диагностика возможных суицидентов

Данная проблема, включающая в себя множество факторов, должна решаться на стыке разных наук [7]: медицины, психологии, философии, социологии, педагогики и проводиться по следующим основным направлениям:

- характерологические особенности личности;
- сложные психотравмирующие ситуации;
- особенности юношеского возраста (военнослужащие срочной службы).

Основными методами своевременной диагностики суицидального риска в войсках являются наблюдение, беседа, опрос, психологическое тестирование, медицинский осмотр, получение информации из лечебных учреждений, анамнестических данных от родных и близких.

Обычно лица с возбудимой психопатией, олигофренией на этапе призыва в вооруженные силы отсеиваются, а призывники с астеническим синдромом нередко остаются незамеченными для специалистов военных комиссариатов. При этом астенические психопаты в войсках сознательно правонарушений не совершают, чего нельзя сказать о психоинфантильных личностях (также астениках по своей природе), которые в силу детскости мышления и эмоциональной лабильности, недоосмысливая последствия своих действий, склонны к суицидальному поведению, дезертирству и другим конфликтным ситуациям. Поэтому весьма важной представляется дифференциальная диагностика этих психических расстройств [5].

В Российской Армии ежегодно совершается около 3-х тысяч преступлений, правонарушений, самоубийств, из которых около 40% — психоинфантильными личностями. Военная служба для психоинфантильных юношей во многом является личностно запредельной психофизиологической нагрузкой, что в свою очередь приводит к самоубийствам, воинским преступлениям [13].

В связи с этим своевременная диагностика психического инфантилизма у военнослужащих является важнейшей задачей в плане профилактики чрезвычайных происшествий в войсках [8, 10].

В группу риска военнослужащих, вызывающих определенную суицидальную напряженность, также необходимо включать следующих лиц [9]:

- 1) имеющих суицидальные попытки в прошлом;
- 2) с суицидальными высказываниями;
- 3) проявляющих свойства психического инфантилизма, которых отличает болезненная мнительность и тревожность;
- 4) с систематическим пьянством и употребляющих наркотики;
- 5) с отягощенным анамнезом родителей (суицидальность, психические заболевания, алкоголизм, судимость);
- 6) эмоционально возбудимых, проявляющих несоразмерные аффективные реакции;
- 7) склонных к нервным и истерическим реакциям;
- 8) чрезмерно замкнутых, отгораживающихся от коллектива;
- 9) со странностями в поведении, совершающих неадекватные поступки;
- 10) склонных к частым грубым нарушениям воинской дисциплины, антиобщественным поступкам, но без эффекта воспитательной работы из-за отсутствия критики;
- 11) склонных к частым и длительным расстройствам настроения;
- 12) выделяющихся несоразмерным беспокойством в связи с соматическими заболеваниями и проявляющих стойкую астенизацию с тревогой;
- 13) проявляющих чрезмерную болезненную боязливость и трусость при выполнении задач, связанных с эмоционально-волевой напряженностью.

Необходимо помнить, что суицид имеет тенденцию к рецидиву.

Российские специалисты попытались составить доминирующий социальный портрет самоубийцы. Это молодой человек маленького роста 17-19 лет, меланхолик с 1-й группой крови.

Результаты наших исследований на категории военнослужащих с незавершенными суицидальными попытками позволили обозначить критерии чрезвычайно сложного понятия «пресуицидальный синдром» [9].

Пресуицидальный синдром — это психологический симптомокомплекс, наблюдающийся у лиц с тенденцией к суицидальным актам в сложных ситуациях. В силу определенной динамики особенностей интерперсональных контактов у личности меняется отношение к системе оценок, вследствие чего может возникать торможение борьбы за жизнь, оскудение интереса к ней, наступает угасание инстинкта самосохранения, появляется стремление к облегчению жизни за счет смерти.

Подготовка к самоубийству осуществляется часто незаметно, но непосредственно после принятия решения могут наблюдаться «суицидальные жесты и стигмы» — высказы-

вания и поступки, резкое и неадекватное изменение поведения, косвенно свидетельствующее о суицидальных намерениях. Их важно уметь замечать.

Пресуицидальный синдром может быть краткосрочным (до нескольких минут), недолговременным (до нескольких часов) и относительно долгим (от нескольких часов до нескольких дней).

В смысл «пресуицидальный синдром» вкладывается всякое внезапное необычное изменение поведения, нехарактерное для данной личности; человек вдруг становится либо замкнутым и как бы слабоориентированным в окружающем, либо — амбивалентным и при этом отрешенным. Такой человек может как бы раздваиваться при попытке неожиданно вступить в контакт, он хочет что-то сказать или спросить, но тут же передумывает, он может удивить какой-то формальной, кажущейся независимостью и в то же время — полным отсутствием активного внимания. Всякий психический процесс у такого человека внезапно видоизменяется.

Если пресуицидальный синдром удастся обнаружить непосредственно перед совершением самоубийства, то он выражается в стремлении к полной или частичной психической и физической самоизоляции, о чем свидетельствуют: безучастность, задумчивость, отключение внимания, отсутствующий взгляд, беспомощное выражение лица.

При более продолжительных пресуицидальных синдромах суицидент, уединившись, может подолгу сидеть в однообразной позе задумавшись, а при обращении к нему — формально, как бы нарочито, активизироваться. Такой индивидуум может сесть что-то писать, несколько раз начиная заново, часто вставать ночью, подолгу курить. Неожиданно задав бессвязно-нелепый вопрос, он может тут же уйти, не выслушав ответа.



Таким образом, «пресуицидальный синдром» составляет сложнейшее поведенческое изменение личности, включающее в себя уединение, отчуждение, уход в себя, эмоциональную закрепощённость, скрытое суицидогенное депрессивное доминирование, безразличие ко всему окружающему, скованность в мыслях и психомоторике, невыразительную мимику, рассеянное внимание. Окружающим людям, знавшим такого человека ранее, бросаются в глаза формальность в общении, попытка отделаться «казённой» шуткой, коротким формальным ответом на стремление выяснить причины изменённости его поведения.



В целях оценки окружающими пресуицидального синдрома как SOS нужно описанное перевести на более обыденный, доступный язык.




Невнимательность к окружающим, рассеянность, безразличие к событиям вокруг — стержневые признаки этого синдрома.

Известно, что наиболее ярко особенности личности просвечиваются во время еды, сна и на досуге.

Командному составу, офицерам по вопросам гуманитарной подготовки и медицинской службы необходимо иметь отчетливое представление о пресуицидальном синдроме, уметь выявлять его.

Общеизвестно, что низкий суицидальный риск можно предположить тогда, когда личностная оценка характеризуется наличием уверенности в преодолении трудностей и планов на будущее. Среди таких людей нередко встречаются лица с типами информационного обмена *этико-сенсорный экстраверт* (ЭСЭ, ) и *логико-сенсорный экстраверт* (ЛСЭ, )

О высоком суицидальном риске свидетельствуют переживания по поводу жизненного краха, непреодолимости обстоятельств, бессилия и невозможности реализации актуальной потребности, отсутствия путей разрешения конфликтов (особенно на фоне алкоголизации личности [19]). Эти волнения во многом могут соответствовать таким типам информационного обмена, как *этико-интуитивный интроверт* (ЭИИ, ) и *этико-интуитивный экстраверт* (ЭИЭ, ) [4]. О высоком суицидальном риске также говорит слабость «антисуицидальных установок личности» [1]. К ним относят представления о позорности самоубийства, боязнь посмертного осуждения, нежелание причинить боль близкому, наличие обязанностей перед людьми и обществом, сверхжизнелюбие. Указанные качества (выра-

женные «антисуицидальные факторы») присущи типам информационного обмена *этико-сенсорный экстраверт* (ЭСЭ, ) , *логико-интуитивный интроверт* (ЛИИ, ) и *сенсорно-этический интроверт* (СЭИ, ) .

Самим лицам с суицидальной готовностью психологи советуют прожить с проблемой 36 часов и попытаться увидеть ситуацию со стороны. Позвонить по телефону доверия, сходить в церковь. Не аккумулировать боль в себе, а постараться выговориться. Посмотреть ещё раз на этот мир, понять, что больше никогда его не увидишь... Определённый эффект будет обязательно.

В случаях достоверного выявления потенциальных суицидентов на всех этапах (на призывных комиссиях, в условиях военной службы и т. д.) необходимо изыскать пути для незамедлительного освобождения таких лиц от службы в армии.

Приведенный краткий анализ показывает всю сложность и неоднозначность рассматриваемого вопроса. Но даже знание и учет этих сведений могли бы способствовать дальнейшему совершенствованию проблемы предупреждения суицидальных происшествий в войсках.

Таблица. Психопрофилактические мероприятия в зависимости от доминирующего фактора риска дезадаптации военнослужащих.

№ п/п	Факторы риска дезадаптации, связанные с условиями военной службы	Психопрофилактические мероприятия	Ответственный за выполнение
1	Ограничение свободы действий (уставной распорядок дня, ночные дежурства).	Тщательное теоретическое обоснование военнослужащим важности и полезности дальнейшего позитивного настроения на службу в армии для исключения адаптационной «ломки» и скорого достижения уставного лада.	Командный состав.
2	Новые условия жизни — замкнутое пространство (казарма и т. д.).	Отбор военнослужащих по совместимости, беседы о важности этого похода, анализ пройденных дней на занятиях самими военнослужащими, «отсылание писем на родину».	Внештатный психолог, офицер по гуманитарной подготовке.
3	Непривычное питание (в сравнении с домашней едой).	Беседы о заместительном (равном по калориям) сбалансированном питании и т. п.	Врач части.
4	Ожидание грубости, унижения человеческого достоинства со стороны солдат старших призывов (неуставные взаимоотношения).	Приглашение священников (капелланов) при части для беседы, повышение культуры общения, введение практики временного замещения младших командиров с попыткой полноценного выполнения их обязанностей.	Заместитель командира части, командир подразделения.
5	Возможные конфликты с командирами-сержантами, офицерами, несправедливые требования, наказания (особенности субординационных взаимоотношений).	Практика приема коротких зачетов от каждого военнослужащего по реальному осмыслению, осознанию сути единоначалия, принципов субординации.	Командир подразделения.
6	Страх ответственности за невыполнение приказов.	Беседы вне «строя», наедине, по душам, так, чтобы командир был уважаем.	Командир подразделения.

№ п/п	Факторы риска дезадаптации, связанные с условиями военной службы	Психопрофилактические мероприятия	Ответственный за выполнение
7	Необходимость общения с новыми (подчас неприятными) людьми в ограниченной среде.	Постоянно проводить линию, что «все люди равны», но хвалить лучших, причем таким образом, чтобы похвала казалась доступной и могла бы относиться и к остальным.	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке.
8	Обязательное ношение военной формы.	Легкое подтягивание, стимулирование к лучшему внешнему виду, наказание без оскорбления, размещать фотографии лучших на стенде.	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке.
9	Ощущение бессмысленности и бесперспективности военной службы, необходимость овладения военными специальностями.	Разъяснительные беседы, зачитывание писем отслуживших (истинные и с украшиванием), примеры из прошлого.	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке.
10	Отдаление от семьи, особенно в период бытовых проблем (тяжелое материальное положение, болезнь близких, беременность).	Беседы, письма родным с положительной оценкой военнослужащих, обратный эффект будет надежным (это душа и ум командиров).	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке.
11	Разлука с девушкой, женой.	Весьма тонкая философия: если поедет — повезет, не поедет — повезет вдвойне (т. е. проявится истинный её портрет) и т. д.	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке.
12	Измена любимой девушки.	Наблюдение, психотерапия, беседы с сослуживцами (как себя ведет, чувствует), «влезть в душу», написать девушке и т. д. Делать все, чтобы избежать суицида.	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке, внештатный психолог, врач части.
13	Ограничение сексуальных отношений.	Толковые врачебные беседы.	Врач части.
14	Страх перед оружием.	Тренировки, чтобы обращаться с оружием как с ложкой, и перебора в этом не должно быть.	Командир подразделения, мед. служба, при необходимости психолог.
15	Страх ухудшения состояния здоровья.	Рациональные психотерапевтические беседы, с подкреплением положительных данных обследования.	Врач части, при крайней необходимости консультация психиатра.

Л и т е р а т у р а :

1. Бачериков Н. Е., Згонников П. Т. Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия. — К.: Здоров'я, 1989. — С. 459-479.
2. Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии. Книга для учителя. — М.: Просвещение, 1986. — 208 с.

3. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее. — М.: Когито-Центр, 2001. — С. 270-352.
4. Иванов Д. А. «Детонирующая» роль алкоголя в суицидальных проявлениях // Соционика, ментология и психология личности. — 2000. — № 4. — С. 16-20.
5. Иванов Д. А. Дифференциальная диагностика психического инфантилизма и психопатии в юношеском возрасте // Арх. психіатрії. — 2002. — № 3-4. — С. 117-122.
6. Иванов Д. А. Значение своевременной диагностики психического инфантилизма в условиях военной службы // Междунар. мед. журн. (X). — 2002. — № 1-2. — С. 63-66.
7. Иванов Д. А. К вопросу о превентивной суицидологической службе // Соционика, ментология и психология личности. — 2000. — № 2. — С. 41-47.
8. Иванов Д. А. Скрытая дыхательная недостаточность при психическом инфантилизме // Журн. психиатрии и мед. психологии. — 2000. — № 1. — С. 69-74.
9. Иванов Д. А. Суицидальные действия юношей при психическом инфантилизме и другой пограничной психопатологии // Соционика, ментология и психология личности. — 2000. — № 3. — С. 41-43.
10. Иванов Д. А., Лищенко О. З. Проблема дезадаптации юношей с психическим инфантилизмом и клиничко-психофізіологічні критерії їх виявлення в умовах військової служби // Матер. XIV з'їзду гігієністів України: Гігієна, наука та практика на рубежі століть. — Дніпропетровськ: Арт-Прес, 2004. — С. 478-481.
11. Иванов Д. А., Лищенко О. З. Проблема суицидального риска среди лиц призывного возраста: аналитический взгляд // Соционика, ментология и психология личности. — 2004. — № 2. — С. 45-50.
12. Иванов Д. А. Граничні психічні розлади та дезадаптаційні зриви у військовослужбовців строкової служби. — К., 2006. — 248 с.
13. Иванов Д. А. Клініко-психопатологічні особливості психічного інфантилізму у військовослужбовців строкової служби: Дис. канд. мед. наук: 14.01.16. — К., 2003. — 221 с.
14. Иванов Д. А., Нестеровська С. В., Лопін Є. Б. Виявлення найбільш значущих факторів ризику дезадаптаційних розладів у військовослужбовців строкової служби // Психічне здоров'я. — 2005. — С. 13-21.
15. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, ленингр. отделение, 1997. — 208 с.
16. Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В. Проблема самоубийства в обществе и Вооруженных Силах // ВМЖ. — 1996. — № 12. — С. 12-18.
17. Пилягіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики та лікування: Дис. д-ра мед. наук: 14.01.16. — К., 2004. — 450 с.
18. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема / Жариков Н. М., Иванова А. Е., Анискин Д. В., Чуркин А. А. // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 97, № 6. — С. 9-15.
19. Сосин И. К., Пишук Н. Г. Дипсомания как фактор суицидального риска у больных соматизированными депрессиями // Матер. междунар. конф.: судовая и социальная психиатрия 90-х годов. — К., Харьков, Днепропетровск, 1994. — Т. 2. — С. 74-75.
20. Состояние психологического кризиса у военнослужащих. Динамика и терапия / Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н. А., Паламар А. Д., Рапча О. М. // Вісник асоціації психіатрів України. — 2002. — № 1-2 (24-25). — С. 30-60.