Психическая дезадаптация у комиссованных срочнослужащих лиц

Категория: **Психиатрия**

А.К. Зиньковский, И.А. Аксаков

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Библиографическая ссылка на статью:

Зиньковский А.К., Аксаков И.А. Психическая дезадаптация у комиссованных срочнослужащих лиц //Верхневолжский медицинский журнал.-2011.-Т.9. Вып.3 №11 – С.26-30.

В последнее время в средствах массовой информации все чаще появляются сообщения о нарушениях психической адаптации срочнослужащих лиц (ССЛ) и совершаемых ими общественно опасных деяниях (ООД). В литературе отмечается тенденция к росту неблагополучия психического здоровья у ССЛ из всего контингента военнослужащих [4, 5]. При этом до настоящего времени до конца не определены психосоциальные предпосылки, лежащие в основе психической дезадаптации у ССЛ [1–3, 6–11].

Целью настоящего исследования являлось выявление и анализ факторов риска психической дезадаптации у ССЛ.

Материал и методы

На базе ТОКПБ № 1 им. М.П. Литвинова в отделении военно-врачебной экспертизы была обследована группа из 127 ССЛ, комиссованных из рядов ВС РФ по психическим и поведенческим расстройствам. Они были разделены на 4 диагностические рубрики: 1 – расстройства личности истерического типа, 2 – расстройства личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, 3 – невротические расстройства, 4 – органические заболевания головного мозга и умственная отсталость.

Обследование велось клинико-анамнестическим и клинико-катамнестическим методами, основанными на клинической оценке материалов, полученных из свидетельств о болезни и в результате анкетирования, с помощью специально разработанного вопросника срочнослужащих, комиссованных из рядов ВС РФ.

Результаты обсуждения

Как показал анализ полученных данных, в нозологической группе имеются различные факторы риска. Так, отягощенность наследственности алкоголизмом в группе комиссованных ССЛ с диагнозом «органическое заболевание головного мозга и умственная отсталость» наблюдается достоверно чаще (1,8 раза; $p < 0,05$), чем в группе с невротическими расстройствами, и достоверно чаще (2,4 раза; $p < 0,01$), чем в группе с расстройствами личности истерического типа. Отягощенность наследственности суицидом родственника отмечается достоверно чаще (3,6 раза; $p < 0,001$) в группе комиссованных ССЛ с диагнозом «невротическое расстройство», чем в группе с расстройствами личности истерического типа. Отягощенность наследственности другими непсихотическими заболеваниями у ССЛ с расстройством личности истерического типа отмечается чаще в 1,1 и 1,4 раза чаще, чем с невротическими

расстройствами и расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов соответственно. Патология беременности и родов у матери у комиссованных ССЛ с диагнозом «органическое заболевание головного мозга и умственная отсталость» отмечается достоверно чаще (2,2 раза; $p < 0,01$) по сравнению с группой расстройств личности истерического типа. Наличие в детстве психодеза-даптационных эпизодов в виде невротических двигательных расстройств в группе комиссованных ССЛ с диагнозом « невротические расстройства» отмечается достоверно чаще (5,2 раза; $p < 0,001$), чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа. Пси-ходезадаптационные эпизоды органического типа у комиссованных ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью наблюдаются достоверно чаще (2,2 и 3,0 раза; $p < 0,01$) по сравнению с ССЛ с расстройством личности истерического типа и комиссованными ССЛ с диагнозом «расстройство личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов» соответственно. У ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов психодезадаптационные эпизоды в виде гиперактивности, расторможенности отмечаются достоверно чаще, чем в группе с расстройствами личности истерического типа и в группе с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью в 2,2 ($p < 0,01$) и 4,1 раза соответственно ($p < 0,001$).

Экспрессивные формы реагирования в стрессовой ситуации у комиссованных ССЛ с диагнозом «расстройство личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов» отмечаются достоверно чаще (в 1,6 раза; $p < 0,05$) по сравнению с группой с диагнозом « органическое заболевание головного мозга и умственная отсталость». Аутоагрес-сивные формы реагирования у ССЛ с невротическими расстройствами отмечаются достоверно чаще по сравнению с расстройствами личности истерического типа, с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и с группой органических заболеваний головного мозга и умственной отсталостью в 2,2 ($p < 0,01$), 3,3 ($p < 0,001$) и 8,1 раза ($p < 0,001$) соответственно. Аутично-депрессивные формы реагирования у ССЛ с диа-гнозом « расстройство личности истерического типа» отмечаются чаще по сравнению с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, с группой невротических расстройств и группой органических заболеваний головного мозга и умственной отсталостью в 1,3, 1,4 и 1,1 раза соответственно. Ситуационно возникающая тревожность у ССЛ с диагнозом «расстройство личности истерического типа» наблюдается достоверно чаще (в 11,2 раза; $p < 0,001$) по сравнению с группой комиссованных ССЛ с диагнозом «органическое заболевание головного мозга и умственная отсталость». У ССЛ с невротическими расстройствами постоянное присутствие тревожности отмечается достоверно чаще в 2,1 раза ($p < 0,01$) по сравнению с группой расстройств личности истерического типа, достоверно чаще в 4,4 раза ($p < 0,001$), чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов. Перенесенные инфекционные заболевания в группе невротических расстройств отмечаются достоверно чаще по сравнению с группами расстройств личности истерического типа, органических заболеваний головного мозга и расстройств личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов (в 2,4; $p < 0,01$; 4,9, $p < 0,001$ и 2,4 раза, $p < 0,01$ соответственно). У комиссованных ССЛ с диагнозом «органические заболевания головного мозга и умственная отсталость» черепно-мозговые травмы (ЧМТ) встретились достоверно чаще (в 1,5; $p < 0,05$ и 2,5 раза; $p < 0,01$), чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и ССЛ с невротическими расстройствами соответственно. У ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью судимость / приводы в милицию наблюдались достоверно чаще (в 3,9 раза; $p < 0,001$) по сравнению с группой ССЛ с диагнозом «расстройство личности истерического типа».

В группе комиссованных ССЛ с диагнозом «расстройство личности истерического типа» алкоголь как форма аддиктивного поведения отмечался достоверно чаще (в 2,6; $p < 0,01$ и 3,6 раза; $p < 0,001$) по сравнению с группой расстройств личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и группой органических заболеваний головного мозга и умственной отсталостью соответственно. Наркомания как форма аддиктивного поведения у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов отмечалась достоверно чаще (в 2,5 раза; $p < 0,01$), чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа. У ССЛ с расстройствами личности истерического типа общение в антисоциальных компаниях как форма аддиктивного поведения наблюдается достоверно чаще, чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью (в 2,6 раза; $p < 0,01$ и 7,9 раза; $p < 0,001$, соответственно). У ССЛ с расстройствами личности истерического типа попытки суицида до военной службы наблюдались достоверно чаще (в 15,3 раза; $p < 0,001$), чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов. Мононациональная родительская семья у ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью отмечена в 1,1 раза чаще, чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа, в 1,3 раза чаще, чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, в 1,2 раза чаще по сравнению с группой ССЛ с невротическими расстройствами. Гетеронациональная родительская семья у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов имелась достоверно чаще (в 1,6 раза; $p < 0,05$) чаще, чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа.

У ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов чувство превосходства над другими национальностями наблюдается достоверно чаще (в 2,8 раза; $p < 0,01$), чем у ССЛ с невротическими расстройствами. У ССЛ с расстройствами личности истерического типа терпимое отношение к другим национальностям наблюдается достоверно чаще (в 1,7; $p < 0,05$ и 11,4 раза; $p < 0,001$) по сравнению с группами расстройств личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и невротических расстройств соответственно. У ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью нетерпимое, враждебное отношение к другим национальностям наблюдалось достоверно чаще (в 1,5 раза; $p < 0,05$, 2,2 раза; $p < 0,01$ и 3,02 раза; $p < 0,01$) по сравнению с группами расстройств личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, невротических расстройств и расстройств личности истерического типа соответственно. У ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов подчиненное отношение к родителям и старшим наблюдается достоверно чаще в 3,1 раза ($p < 0,01$), чем у ССЛ с органическими расстройствами и умственной отсталостью. У ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью пренебрежительное, формальное отношение к родителям и старшим наблюдается достоверно чаще в 3,2 ($p < 0,001$), 2,1 ($p < 0,01$) и 7,9 раза ($p < 0,001$) по сравнению с группами расстройств личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, невротических расстройств и расстройств личности истерического типа соответственно. У ССЛ с расстройствами личности истерического типа формальные взаимоотношения в собственной семье наблюдаются достоверно чаще в 7,2 раза ($p < 0,001$), чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов.

Подчинение старшим как стратегия воспитания в родительской семье у ССЛ с невротическими расстройствами отмечаются достоверно чаще в 3,6 раза ($p < 0,001$) по сравнению с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов. У

ССЛ с расстройствами личности истерического типа гиперопека как стратегия воспитания в родительской семье наблюдается достоверно чаще в 4,4 раза ($p < 0,001$), чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, а также достоверно чаще в 3,0 раза ($p < 0,01$), чем у ССЛ с невротическими расстройствами. Безразличие, формализм как стратегия воспитания в родительской семье у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов отмечается достоверно чаще в 11,2 раза ($p < 0,001$), чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа. Семья и брак, образование и профессия как приоритетные ценности у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов наблюдаются достоверно чаще в 2,0 ($p < 0,01$) и 6,7 раза ($p < 0,001$), чем у ССЛ с невротическими расстройствами и у ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью соответственно.

У комиссованных ССЛ с диагнозом «органические заболевания головного мозга и умственная отсталость» материальное благополучие и общественное признание как приоритетные ценности наблюдаются достоверно чаще в 2,9 ($p < 0,01$), 3,0 ($p < 0,01$) и 1,6 раза ($p < 0,05$), чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа, расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и ССЛ с невротическими расстройствами соответственно. Допускающее отношение к суициду у ССЛ с расстройствами личности истерического типа наблюдается достоверно чаще в 2,7 ($p < 0,01$) раза, чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов. Одобрительное отношение к суициду как к форме выхода из неразрешимой ситуации у ССЛ с диагнозом «невротические расстройства» отмечается достоверно чаще в 1,5 раза ($p < 0,05$) по сравнению с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, достоверно чаще в 1,7 раза ($p < 0,05$), чем ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью, и достоверно чаще в 1,8 раза ($p < 0,05$), чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа. У ССЛ с расстройством личности истерического типа количество человек, проживающих в областном центре, было достоверно больше в 3,7 ($p < 0,001$) и 4,2 раза ($p < 0,001$), чем ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью соответственно. У комиссованных ССЛ с диагнозом « органические заболевания головного мозга и умственная отсталость» количество человек, проживающих в населенных пунктах области, было достоверно больше в 7,3 ($p < 0,001$) и 2,8 раза ($p < 0,01$), чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа и ССЛ с невротическими расстройствами соответственно. Среди ССЛ с диагнозом «органические заболевания головного мозга и умственная отсталость» количество человек, проживающих в общежитиях и коммунальных квартирах, было достоверно больше в 4,3 ($p < 0,001$) и 5,3 раза ($p < 0,001$), чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и ССЛ с расстройствами личности истерического типа соответственно. Проживание в отдельной квартире, доме у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов наблюдается достоверно чаще в 3,7 ($p < 0,01$) и 1,6 раза ($p < 0,05$), чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа и невротическими расстройствами соответственно. У ССЛ с расстройством личности истерического типа проживание у родителей или родственников отмечается достоверно чаще в 1,6 ($p < 0,05$), 8,4 ($p < 0,001$) и 12,5 раза ($p < 0,001$), чем ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью, ССЛ с невротическими расстройствами и ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов соответственно.

Среди ССЛ с диагнозом «органические заболевания головного мозга и умственная отсталость» количество человек, имеющих среднее образование, было достоверно больше в 2,6 ($p < 0,01$), 2,8 ($p < 0,01$) и 3,1 раза ($p < 0,01$), чем у ССЛ с невротическими расстройствами, ССЛ с расстройствами личности истерического типа и ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов соответственно. У ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов среднее специальное образование имеют достоверно больше человек в 4,1 раза ($p < 0,001$), чем ССЛ с органическими расстройствами и умственной отсталостью. Высшее образование среди ССЛ с диагнозом «невротические расстройства» отмечается достоверно больше в 1,5 раза ($p < 0,05$) по сравнению с расстройствами личности истерического типа, достоверно чаще в 2,0 раза ($p < 0,01$), чем ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов.

Холостых ССЛ в группе диагнозов невротические расстройства отмечается достоверно больше в 1,7 раза ($p < 0,05$) по сравнению с расстройствами личности истерического типа. У ССЛ с расстройством личности истерического типа количество незарегистрированных браков отмечается достоверно больше в 2,1 ($p < 0,01$) и 1,8 раза ($p < 0,05$), чем ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью соответственно.

Количество 18–19-летних ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью отмечается в 1,2 раза больше, чем ССЛ с расстройствами личности истерического типа, в 1,4 раза больше, чем ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов, в 1,1 раза больше по сравнению с группой ССЛ с невротическими расстройствами. Количество 20–29-летних ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов отмечается в 1,2 раза больше, чем ССЛ с расстройствами личности истерического типа, достоверно больше в 1,8 раза ($p < 0,05$), чем ССЛ с невротическими расстройствами, достоверно больше в 3,3 раза ($p < 0,001$), чем ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью.

Попытка суицида как форма проявления психической дезадаптации у ССЛ с невротическими расстройствами отмечается достоверно чаще в 6,4 раза ($p < 0,001$) по сравнению с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов. Самовольное оставление части как форма проявления психической дезадаптации у ССЛ с органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью отмечается достоверно чаще в 5,7 ($p < 0,001$), 13,6 ($p < 0,001$) и 1,5 ($p < 0,05$) раза по сравнению с расстройствами личности истерического типа, группой расстройств личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов и группой невротических расстройств соответственно. Неподчинение приказам командиров и начальников как форма проявления психической дезадаптации у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного типов отмечается достоверно чаще в 6,2 ($p < 0,001$) и 2,1 ($p < 0,01$) раза, чем у ССЛ с расстройствами личности истерического типа, органическими заболеваниями головного мозга и умственной отсталостью соответственно. Агрессивное отношение к сослуживцам, офицерам и гражданским лицам как форма проявления психической дезадаптации у ССЛ с расстройствами личности истерического типа отмечается чаще в 1,3 раза, чем у ССЛ с расстройствами личности эмоционально-неустойчивого, смешанного и шизоидного.

Таким образом, анализ полученных данных в целом выявляет ряд факторов риска преморбида

ССЛ. Среди них: достаточно высокий уровень наследственной отягощенности по психической патологии, наличие резидуальных экзогенно-органических изменений головного мозга, аффективные и психопа-топодобные формы поведения у подростков-призывников. Понятно, что в период прохождения военной службы, которая для срочнослужащих сопряжена с острым и хроническим социальным стрессом, создаются условия для формирования у них деструктивного поведения и роста социальной напряженности. Это, возможно, является своеобразным необходимым условием, которое на благоприятной преморбидной патологической почве приводит к развитию широкого спектра психических расстройств, а последние становятся предпосылками совершения ООД. В связи с этим необходима разработка комплекса превентивных мер по более глубокой оценке психического здоровья как призывников, так и срочнослужащих при прохождении ими срочной воинской службы, особенно отягощенных при призыве факторами риска психической дезадаптации.

Литература

1. Брызгин М.Б. Клинические и социальные аспекты психических расстройств у лиц призывного возраста (на модели Тверского региона) [Текст]: дис. … канд. мед. наук: 14.00.18 / Твер. гос. мед. акад.; Брызгин М.Б.; науч. рук. А.К. Зиньков-ский. – Тверь, 2000. – 164 с. – Библиогр.: С. 142–164.

2. Вольнов Н.М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы [Текст]: автореф. дис. … канд. мед.

наук: 14.00.18 / Вольнов Н.М.; [Рязанская обл. клин. психиатр. бол. им. Н.Н. Баженова]. – М., 2003. – 27 с. – Библиогр.: с. 27.

3. Вольнов Н.М. Два стиля поведения военнослужащих с аутоагрессивными тенденциями [Текст] / Н.М. Вольнов, В.Ф. Войцех, Д.И. Шустов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 2. – С. 33–38.

4. Дмитриева Т.Б. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств [Текст] / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Война и психическое здоровье. – СПб., 2002. – С. 183–188.

5. Дмитриева Т.Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения [Текст] / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 4. – С. 4–8.

6. Заковряшин А.С. Острые психогенные расстройства у военнослужащих по призыву, проходящих службу в зоне локального вооруженного конфликта (клиника, динамика, патогенетические особенности) [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.18 / Заковряшин А.С.; [1586 Окружной военный клинический госпиталь Московского военного округа Министерства обороны РФ]. – М., 2006. – 22 с. – Биб-лиогр.: С. 22.

7. Зиньковский А.К. Влияние факторов риска на вероятность возникновения психической дезадаптации у срочно-служащих лиц Тверского региона [Текст] / А.К. Зиньковский [и др.] // Социальные преобразования и психическое здоровье: науч. материалы второго конгресса по соц. психиатрии (29–30 нояб. 2006 г.). – М., 2006. – С. 29–30.

8. Зиньковский А.К. Качество жизни и психическое здоровье человека [Текст] / А.К. Зиньковский // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. – Тверь–Ярославль,

2000. – № 1. – С. 55–61.

9. Зиньковский А.К. О создании областного центра психофизиологической коррекции и реабилитации лиц призывного возраста [Текст] / А.К. Зиньковский, М.Б. Брызгин, И.М. Волоскова // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. – Тверь–Ярославль, 2002. – № 1. – С. 7–8.

10. Зиньковский А.К. Факторы риска психической дезадаптации у срочнослужащих лиц [Текст] / А.К. Зиньковский, И.А. Аксаков // Совершенствование структуры и содержания научной и практической медицины: сб. – Тверь, 2005. –С. 257–256.

11. Фадеев А.С. Особенности невротических расстройств у военнослужащих по призыву в мирное время (клиника, динамика, военно-врачебная экспертиза) [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.18 / Фадеев А.С.; [Централ. военно-врачебная комис. Министерства обороны РФ]. – М., 2002. – 25 с. – Библиогр.: С. 25.