

ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

УДК 616.891.7 – 0.57

Иванов Д. А., Рычка О. В.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА
ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ,
СКЛОННЫХ К ДЕЗАДАПТАЦИОННЫМ СРЫВАМ**

*Научно-исследовательский институт проблем военной медицины
Вооруженных Сил Украины*

На основании клинико-психопатологических, экспериментально-психологических, физиологических и биохимических методов исследований выявлены особенности пограничной психопатологии с ведущим астеническим синдромом у военнослужащих срочной службы. Изучены факторы риска формирования дезадаптационных срывов у военнослужащих срочной службы с учетом различных типов информационного метаболизма. Предложены психопрофилактические мероприятия в зависимости от доминирующего фактора риска дезадаптации военнослужащих. Обоснована необходимость индивидуального разъяснения командованием принципов единоначалия военнослужащим.

Ключевые слова: военнослужащие срочной службы, пограничная психопатология, астенический синдром, критерии дезадаптационных срывов, типы информационного метаболизма.

Вступление

Несмотря на постоянное стремление к совершенствованию путей и способов, принимаемых психопрофилактических мероприятий в войсках, на сегодняшний день достичь желаемого практического результата не удастся. Дезадаптационные срывы, конфликтные ситуации и прочие антисоциальные, в том числе и суицидальные, происшествия, как и прежде, продолжают расти.

Большой размах получила подростковая пограничная психическая заболеваемость — наиболее часто о себе напоминают психопатия, инфантилизм, неврозы и невротические состояния.

Отсюда понятно, что своевременная диагностика этих заболеваний специалистами призывных комиссий, врачами войсковых частей, психиатрами и невропатологами и принятие соответствующих решений должны быть в центре военно-медицинской службы в плане исключения дезадаптационных срывов, предупреждения чрезвычайных происшествий в войсках.

Приведенные соображения стали побудительным мотивом к выполнению настоящей работы.

Цель работы

Цель работы состояла в исследовании и оценке результатов клинико-психопатологических, экспериментально-психологических, физиологических и биохимических особенностей пограничной психопатологии с ведущим астеническим синдромом у военнослужащих срочной службы для усовершенствования психопрофилактических мероприятий в войсках.

Материалы и методы исследований

Таблица 1. Объем исследований

Виды обследований	Лица с псих. инфантилизмом		Лица с расстройствами личности (психопатией)		Лица с неврастениями		Здоровые лица (контр. группа)		Всего	
	п, обсл.	м, иссл.	п, обсл.	м, иссл.	п, обсл.	м, иссл.	п, обсл.	м, иссл.	п, обсл.	м, иссл.
Клиническое психоневрологическое обследование	114	—	100	—	49	—	30	—	293	—
Экспериментальное психологическое обследование	114	525	100	505	49	510	30	95	293	1635
Метод экспертных оценок	7*	7	2*	2	4*	4	313* *	596	326	609
Холтеровский мониторинг	11*	11	8*	8	10*	10	20*	20	49*	49
Газохроматография	13*	13	9*	9	12*	12	20*	20	54*	54
Всего	114	556	100	526	49	537	343	751	619	2347

Примечание:

* — лица, входящие в общее количество соответствующей группы;

** — среди 313-х здоровых лиц: 32 чел. — врачи-психиатры, 30 чел. командиры подразделений, 251 чел. — военнослужащие срочной службы.

Результаты и обсуждение

Среди пограничной психопатологии с астеническим синдромом в юношеском возрасте наибольшее сходство имеет клиника астенической психопатии (по МКБ-10: зависимое расстройство личности — F 60.7) и психического инфантилизма (по МКБ-10: инфантильное расстройство личности — F 60.8). При этом лица с зависимым расстройством личности сознательно правонарушений в войсках не совершают, в то время как психоинфантильные военнослужащие совершают их по недоосмысливанию последствий своих действий на фоне детскости мышления, эмоциональной лабильности и т. д. Поэтому дифференциальная диагностика этих заболеваний в войсках весьма важна. Достоверность различий их выявляется уже по количеству и особенностям предъявляемых больными жалоб (табл. 2).

При психическом инфантилизме жалобы на повышенную утомляемость предъявляли 72,5% военнослужащих, что почти в два раза превышает таковые жалобы при зависимом расстройстве личности. В своей основе астения при психическом инфантилизме носит физиогенный характер, в то время как у большинства лиц с зависимым расстройством личности она ближе к психогенной форме.

На головные боли — один из постоянных признаков, сопутствующих симптомам раздражительной слабости вообще, предъявляли жалобы 69,5% лиц с психическим инфантилизмом, при зависимом расстройстве личности — в 2,5 раза меньше.

Таблица 2. Характеристика и частота жалоб у лиц с психическим инфантилизмом, n=114 и зависимым расстройством личности, n=100 (% ± m)

Характер жалоб	Частота жалоб, %			
	Больные с психическим инфантилизмом, n=114	Больные с зависимым расстройством личности, n=100	Оценка значимости разницы	
			p	критерий t Стьюдента
повышенная утомляемость	72,5 ± 3,2	37,0 ± 4,8	<0,001	6,2
головная боль	69,5 ± 3,3	26,0 ± 4,4	<0,001	7,9
расстройства сна	57,5 ± 3,5	31,0 ± 4,6	<0,001	4,6
потливость	43,0 ± 3,5	16,0 ± 3,7	<0,001	5,3
боль в области сердца	40,5 ± 3,5	11,0 ± 3,1	<0,001	6,3
одышка	29,0 ± 3,2	6,0 ± 2,4	<0,001	5,7
ночное недержание мочи	21,0 ± 2,9	3,0 ± 1,7	<0,001	5,4
слабость половой потенции	16,0 ± 2,6	5,0 ± 2,2	<0,01	3,2
слабость памяти	22,5 ± 2,9	10,0 ± 3,0	<0,05	2,1
повышенная раздражительность	63,5 ± 3,4	49,0 ± 5,0	<0,05	2,4
кожный зуд	5,0 ± 1,5	0 ± 1,7	>0,05	1,5
тремор пальцев рук	14,5 ± 2,4	11,0 ± 3,1	>0,05	0,6
плохой аппетит	8,5 ± 1,9	4,0 ± 1,9	>0,05	0,4
обмороки	8,0 ± 1,9	5,0 ± 2,2	>0,05	0,3
головокружения	5,5 ± 1,5	3,0 ± 1,7	>0,05	1,1
выпадение волос	3,5 ± 1,2	7,0 ± 2,5	>0,05	1,3

Как проявление патофизиологической дизритмии у лиц с психическим инфантилизмом выступало расстройство сна в 57,5% случаев, у лиц с зависимым расстройством личности — более чем в 1,5 раза реже.

На чувство одышки, характеризующееся неудовлетворенностью дыханием, желанием и потребностью в дополнительном глубоком вдохе, жаловались 29,0% военнослужащих с психическим инфантилизмом, что почти в 5 раз превосходит подобные жалобы при зависимом расстройстве личности.

Качественная и количественная разница более резко выступала при изучении объективных психопатологических симптомов (табл. 3).

«Сквозной» симптомокомплекс психического инфантилизма — астенический — наблюдался в 91,5% случаев, в то время как при зависимом расстройстве личности — в 1,5 раза реже.

Интеллектуальная недостаточность в 4,5 раза чаще выявлялась у субъектов с психическим инфантилизмом, чем в группе лиц с зависимым расстройством личности, 68,0% против 15,0%.

Астения и интеллектуальная ущербность в значительной степени определяют характер поведения больных и их адаптационные возможности.

Низкий уровень активного внимания, как элементарное составляющее астенического симптомокомплекса, при психическом инфантилизме отмечался в 77,0% случаев, у лиц с зависимым расстройством личности он наблюдался в 3,5 раза реже.

Психоорганические черты у психоинфантильных юношей характеризовались слабостью памяти, ригидностью, вязкостью и обстоятельностью мышления с наклонностью к персеверирующим ответам, истощаемостью внимания, рассеянностью, чувственной лабильностью, что отсутствовало у лиц с зависимым расстройством личности.

Сказанное является частью того клинического материала, который лег в основу дифференциально-диагностических критериев.

Таблица 3. Характеристика и частота психопатологических признаков у лиц с психическим инфантилизмом и зависимым расстройством личности (% ± m)

Психопатологические признаки	Частота выявления			
	Лица с психическим инфантилизмом, n = 114	Лица с зависимым расстройством личности, n = 100	Оценка значимой разницы	
			p	критерий t Стьюдента
астения	91,5±1,9	61,0±4,9	<0,001	5,8
недостаточность активного внимания	77,0±3,0	21,0±4,1	<0,001	11,0
интеллектуальная недостаточность	68,0±3,3	15,0±3,6	<0,001	10,8
слабость волевого усилия	65,5±3,4	26,0±4,4	<0,001	7,1
повышенная раздражительность	64,5±3,4	53,0±5,0	>0,05	1,9
эмоциональная неустойчивость	63,5±3,4	61,0±4,9	>0,05	0,4
психоорганические черты	54,0±3,5	7,0±2,7	<0,001	10,6
истероидные реакции	49,0±3,5	33,0±4,7	<0,001	2,7
сензитивность	47,0±3,5	39,0±4,9	>0,05	1,4
тоска	41,5±3,5	12,0±3,2	<0,001	6,2
тревожность	39,0±3,4	27,0±4,5	<0,05	2,1
ипохондрическая настроенность	34,0±3,3	21,0±4,2	<0,05	2,4
апатико-абулические проявления	7,0±1,8	1,0±1,0	>0,05	1,4

Как известно, феномены возбудимости, страха, сверхценных идей, неудержимого стремления к самовыражению, их ситуационная, соматогенная и возрастная динамика находятся в непосредственной связи с врожденными психофизиологическими особенностями личностей.

Важнейшую роль здесь играет базис личностей — особенности характера, нервной системы, мышление, их типы.

Таблица 4. Склонность разных типов информационного метаболизма к развитию определенной пограничной психопатологии с ведущим астеническим синдромом, n

Категория обследуемых	Типы информационного метаболизма																Всего
	ИЛЭ	СЭИ	ЭСЭ	ЛИИ	ЭИС	ЛСИ	СЛЭ	ИЭИ	ЭСИ	ЛИЭ	ИЛИ	СЭЭ	ЭИИ	ЛСЭ	ИЭЭ	СЛИ	
здоровые лица	1	0	0	3	2	1	5	1	5	4	0	3	1	2	2	0	30
лица с зависимым расстройством личности (астенической психопатией)	1	7	1	9	8	5	0	10	13	5	8	6	12	2	6	8	100
лица с неврастенией	0	1	1	1	5	0	0	3	11	2	1	6	14	0	3	1	49
лица с психическим инфантилизмом	6	11	5	12	9	2	3	17	7	6	8	5	11	3	4	5	114
Всего	8	19	7	25	24	9	8	31	36	17	17	20	38	7	15	14	293

При исследовании взаимосвязи между типами информационного метаболизма и психопатологическими проявлениями больных выявлено следующее: среди лиц с зависимым расстройством личности из 100 чел. — 13 принадлежали к типу этико-сенсорный интроверт (ЭСИ), что составляет 13%. Из 114 психоинфантильных личностей 17 чел. (т. е. 15 %) примкнули к типу интуитивно-этический интроверт (ИЭИ). Неврастения чаще была достоянием типа этико-интуитивный интроверт (ЭИИ) — 14 чел. из 49 (29 %).

Таким образом, исходя из полученных результатов исследований, можно предполагать, что нозологическая форма дезадаптации личности в значительной мере находится в зависимости от конкретных типов информационного метаболизма.

То есть типы информационного метаболизма, будучи важными ориентирами чувствительности личности к тому или иному психопатологическому заболеванию, могут, тем самым, определять соответствующие группы риска.

С целью выявления возможного прирожденного взаимного синергетического влияния определенных акцентуаций характера и проявлений пограничной психопатологии у военнослужащих, нами проведены обследования данных лиц с помощью патохарактерологического диагностического опросника Личко А. Е.

Из табл. 5 видно, что одной из наиболее «благоприятных» почв для развития зависимо-го расстройства личности (астенической психопатии) является акцентуация характера по психастеническому типу — 32 из 100 чел. и астено-невротическому — 36 из 100 чел., психический инфантилизм чаще формировался на фоне сензитивно-лабильного склада характера — 23 из 114 чел. (20%), а астено-невротические признаки оказались доминирующим подспорьем невротизации военнослужащих — 12 из 49 чел. (24%), что, по-видимому, и обусловливает обострение определенной клинической симптоматики в пределах **этих** заболеваний.

Таблица 5. Частота встречаемости военнослужащих срочной службы с психическим инфантилизмом, астенической психопатией и неврастениями с определенными акцентуациями характера в разных группах нервно-психической устойчивости, п

Тип акцентуации характера	Количество лиц по группам в зависимости от формы заболевания *			Всего
	I группа (устойчивые)	II группа (относительно устойчивые)	III группа (неустойчивые)	
астено-невротический	1 / 15 / 1	2 / 16 / 5	12 / 5 / 6	15 / 36 / 12
сензитивно-лабильный	1 / 1 / 2	3 / 2 / 5	19 / 4 / 1	23 / 7 / 8
лабильно-истероидный	3 / 2 / 1	3 / 4 / 3	11 / 1 / 5	17 / 7 / 9
психастенический	4 / 9 / 0	0 / 9 / 0	2 / 14 / 3	6 / 32 / 3
неустойчивый	—	1 / 2 / 0	13 / 0 / 5	14 / 2 / 5
циклоидно-лабильный	—	7 / 3 / 0	14 / 1 / 7	21 / 4 / 7
гипертимно-неустойчивый	—	—	6 / 0 / 0	6 / 0 / 0
истероидный	—	—	3 / 0 / 0	3 / 0 / 0
конформный	3 / 6 / 0	—	—	3 / 6 / 0
тип не определяется	—	1 / 5 / 3	5 / 1 / 2	6 / 6 / 5
Всего	12 / 33 / 4	17 / 41 / 16	85 / 26 / 29	114 / 100 / 49

Примечание:

* — Значения, приведенные в скобках, отображают количество лиц с диагнозами: психический инфантилизм / астеническая психопатия / неврастения.

Из табл. 5 видно, что III группу (менее устойчивые или неустойчивые) преимущественно составили личности с психическим инфантилизмом — 85 из 114 чел. (74%). Это подтверждает мнение о том, что психоинфантильные личности являются наиболее неблагоприятными (т. е. группой риска) в отношении совершения чрезвычайных происшествий в войсках.

На психическое состояние здоровья военнослужащих могут влиять многие факторы, как личностные, так и внешние (связанные с условиями военной службы).

В ходе исследований было выделено десять важнейших личностно-характерологических факторов риска дезадаптации, для анализа которых был использован

метод экспертных оценок и социологический опрос (анкетирование) с последующей математической обработкой. В качестве экспертов выступали врачи-психиатры (32 чел.). Результаты ранжирования представлены в табл. 6.

Из табл. 6 видно, что важнейшими личностными факторами риска в отношении дезадаптационных срывов у военнослужащих срочной службы следует считать «психоинфантильные признаки» и «эмоциональную неустойчивость».

Таблица 6. Градация личностно-характерологических факторов риска формирования дезадаптационных срывов у военнослужащих срочной службы (от более к менее значимым): взгляд врачей психиатров

№ п/п	Личностные факторы риска	Вес фактора, %	Ранг
1	психоинфантильные признаки	16,845	1
2	эмоциональная неустойчивость	13,678	2
3	склонность к алкоголизации	12,358	3
4	акцентуации характера	12,169	4
5	«неблагоприятная» наследственность	9,735	5
6	слабость волевых усилий	9,384	6
7	предболезнь, сопутствующие психосоматические проявления	8,793	7
8	низкие интеллектуальные способности	7,830	8
9	особенности воспитания	4,956	9
10	религиозный характер мировоззрения	4,252	10

Для определения наиболее значимых психотравмирующих обстоятельств, провоцирующих дезадаптационные срывы, было выделено пятнадцать наиболее важных факторов риска, связанных с условиями военной службы.

Градацию указанных факторов риска определяли: врачи-психиатры и командиры подразделений (которые давали оценку дважды: факторам, которые могут дезадаптировать «молодого» солдата, и факторам в отношении «старослужащих» солдат), также оценивали себя и сами военнослужащие срочной службы: здоровые лица со сроком службы до полугода и со сроком службы более чем полгода, а также лица с пограничными психическими расстройствами (табл. 7).

Из табл. 7 видно, что, по мнению врачей-психиатров, наиболее значимым фактором риска дезадаптации (в том числе суицидального поведения) является «измена девушки».

Достоверное большинство офицеров считает, что в первые полгода службы дезадаптацию определяет «разлука с девушкой, женой», а во второй период, за пределами полугодия — «отдаление от семьи».

Психически здоровыми военнослужащими в зависимости от срока службы были выделены различные доминирующие факторы риска дезадаптационных срывов. «Молодые» солдаты со сроком службы до полугода подчеркивали фактор «боязнь ухудшения здоровья», в то время как у старослужащих акцент смещался в сторону фактора «ограничение свободы действий», что может объясняться уже как бы некоторой адаптированностью к армейской среде к этому периоду.

Военнослужащие с пограничной психопатологией в качестве основных причин своего состояния отмечали «отдаление от семьи», «конфликты с командирами-сержантами и офицерами» и «неуставные взаимоотношения». Они чаще предъявляли жалобы на тревогу о маме, тоску по любимой собаке, невозможность справляться со своими обязанностями, просили отпустить их домой, обнаруживая психоинфантильные признаки.

Таким образом, в целом среди всех провоцирующих обстоятельств в качестве наиболее значимых представляется возможным выделить такие факторы риска дезадаптации как: «измена любимой девушки», «отдаление от семьи», «боязнь ухудшения состояния

здоровья» и «конфликты с командирами — сержантами и офицерами, несправедливые наказания с их стороны».

Следует отметить, что фактор «неуставные взаимоотношения» (или т. н. «дедовщина») в оценке обследуемых занимал одно из последних мест, якобы как наименее значимый в их сознании, в отношении дезадаптационных расстройств. Пояснения могут быть разными. Это может быть связано либо с действительным уменьшением этого явления в армии, либо, если так можно выразиться, с «несбывшимися ожиданиями» солдат (т. е. о «дедовщине» так много говорят в средствах массовой информации, что многие призывники в этом отношении воспринимают будущую службу крайне настороженно, а когда не находят подтверждения в той же степени, то она, «дедовщина», как бы несколько дезактуализируется в их сознании), либо «незначительность» этого фактора могла быть следствием опасений солдат перед возможными наказаниями со стороны командования (анкетирование было не анонимным). При этом надо отметить, что у военнослужащих с пограничной психопатологией фактор «неуставные взаимоотношения» занимал третье место. В любом случае это вызывает интерес и требует дальнейшего исследования.

Исходя из таких данных, в войсковых частях целесообразно определять направления общих и индивидуальных подходов к психопрофилактическим мероприятиям (табл. 8).

Таблица 8. 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 положительного настроя для исключения адаптационной «ломки», достижения скоростного уставного лада	Командный состав
2	Новые условия жизни — замкнутое пространство (казарма и т. д.)	Отбор военнослужащих по совместимости, беседы о важности этого подхода, анализ пройденных дней самими военнослужащими на занятиях, «письма на родину»	Внештатный психолог, офицер по гуманитарной подготовке
3	Непривычное питание (в сравнении с домашней едой)	Беседы о заместительном сбалансированном питании и т. д. и т. п.	Врач части
4	Ожидание грубости, унижения человеческого достоинства со стороны солдат старших призывов (неуставные взаимоотношения)	Приглашение священников 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 начальниками — сержантами, офицерами, несправедливые требования, наказания (особенности субординационных взаимоотношений)	Практика приема коротких зачетов от каждого военнослужащего по реальному осмыслению, осознанию сути единоначалия, принципов субординации (у умного командира конфликтов нет)	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, фотографии лучших размещать 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 подкрашиванием), примеры из прошлого	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке
10	Отдаление от семьи, особенно в период бытовых проблем (тяжелое материальное положение, болезнь, беременность кого-то из близких, родных)	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 пождет — повезет, не дождется — повезет вдвойне (проявится истинный портрет) и т. д.	Командир подразделения, офицер по гуманитарной подготовке
12	Измена любимой девушки	Наблюдать, психотерапия, беседы с сослуживцами (как себя ведет, чувствует), «влезть в душу», написать девушке и т. д. Делать все для избежания 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 солдат обращался 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 объективных данных обследования	Врач части, при крайней необходимости консультация психиатра

В границах психопрофилактических путей в войсках на основании оценки рядового состава офицерами целесообразно оценивать и самих офицеров на предмет адекватности их

представлений о влиянии тех или иных психотравмирующих обстоятельств на солдат, а также их уровня знаний о своих подчиненных.

Результаты в этом направлении могут найти свое место в будущей системе психо-профилактики пограничных психических расстройств в условиях военной службы.

В ситуационных расстройствах психики, безусловно, тяготы военной службы играют важную роль, однако главным действующим моментом следует считать своеобразное преломление действительности в своеобразной психике личности. Поэтому оценке подверглись не только усредненные показатели вообще, но также оценивалось и индивидуальное мнение каждого солдата с выявленным у него конкретным психотипом (типом информационного метаболизма). Определяя доминирующий в их сознании фактор риска дезадаптационных срывов (связанный с условиями военной службы), мы пытались установить чувствительность конкретного типа к конкретным факторам риска (табл. 9).

Тропность лиц с различными типами информационного метаболизма к той или иной группе факторов риска дезадаптации представлена в табл. 10.

Таблица 9. Чувствительность ВСС с различными типами информационного метаболизма к тому или иному фактору риска дезадаптации

№ п/п	Факторы риска	Количество военнослужащих с различными типами информационного метаболизма, n																Всего
		ИЛЭ	СЭИ	ЭСЭ	ЛИИ	ЭИЭ	ЛСИ	СЛЭ	ИЭИ	ЭСИ	ЛИЭ	ИЛИ	СЭЭ	ЭИИ	ЛСЭ	ИЭЭ	СЛИ	
1	уставное расписание дня	2	1	1	1	6	3	4	7	4	5	1	3	1	—	—	2	41
2	новые условия жизни — казарма	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	3
3	непривычное питание	1	1	1	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	6
4	неуставные взаимоотношения	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	2	—	—	—	5
5	конфликты с начальниками	—	—	—	—	8	—	—	1	7	1	—	4	3	1	1	1	27
6	боязнь за невыполнение приказов	—	1	1	1	2	—	—	—	4	—	—	—	2	—	—	—	11
7	общение с новыми людьми	—	1	—	—	1	—	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—	6
8	ношение военной формы	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
9	ощущение бесперспективности службы	1	—	—	—	4	1	1	—	—	6	—	5	1	—	2	1	22
10	отдаление от семьи	1	1	1	1	2	—	2	2	5	1	2	1	2	1	1	4	28
11	разлука с девушкой, женой	1	3	1	1	2	—	—	1	4	1	—	2	—	—	1	1	18
12	измена любимой девушки	—	1	—	2	5	1	—	4	9	—	—	3	1	—	—	1	27
13	ограничение сексуальных отношений	—	1	—	1	3	—	1	5	2	—	—	1	1	—	1	—	16
14	боязнь оружия	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2
15	боязнь ухудшения состояния здоровья	1	2	3	5	2	3	—	4	5	1	2	1	5	1	1	2	38
Всего		7	13	8	12	36	10	8	27	43	16	8	20	20	4	7	12	251

Таблица 10. Тропность лиц с различными типами информационного метаболизма к той или иной группе факторов риска дезадаптации (% — от общего количества того же типа)

Факторы	№ фактора	Типы информационного метаболизма															
		ИЛЭ	СЭИ	ЭСЭ	ЛИИ	ЭИЭ	ЛСИ	СЛЭ	ИЭИ	ЭСИ	ЛИЭ	ИЛИ	СЭЭ	ЭИИ	ЛСЭ	ИЭЭ	СЛИ
Ущемления узкоэгоистических целей	1,5,9,12	42,9	15,4	12,5	25,0	63,9	50,0	62,5	44,4	46,5	75,0	12,5	75,0	30,0	25,0	42,9	41,7
Семейно-бытовые	2,3,10,11	42,8	46,2	37,5	16,7	11,1	10,0	25,0	14,8	23,3	18,8	25,0	15,0	10,0	50,0	28,6	41,7
Связанные со здоровьем	4,6,13,15	14,3	30,8	50,0	58,3	22,2	30,0	12,5	37,0	27,9	6,3	25,0	10,0	50,0	25,0	28,6	16,7

Учет полученных данных может оказаться весьма полезным при проведении мероприятий по предупреждению чрезвычайных происшествий.

Одним из факторов дезадаптации и невротизации служит неверный отбор военнослужащих по военным специальностям, когда приходится исполнять профессиональные обязанности по свойственным им слабым функциональным возможностям.

Нами изучалась взаимосвязь различных типов информационного метаболизма и степени успешности выполнения солдатами функциональных обязанностей по военным специальностям.

Специальности были распределены на три категории: организаторская, (сержантский состав), сенсомоторная (водители) и сенсорная (радиотелеграфисты, телеграфисты, механики-связисты). Оценка каждого из военнослужащих срочной службы осуществлялась их непосредственными командирами по 5-балльной шкале, что позволило условно распределить военнослужащих на две группы: первая (с оценкой отлично, хорошо) и вторая (с оценкой удовлетворительно, неудовлетворительно) в каждой категории военных специальностей (табл. 11).

Таким образом, знание принадлежности военных специалистов к тому или иному типу информационного метаболизма (учитывая простоту определения типа и его достаточную характерологическую информативность) может оказаться новым и весьма полезным направлением в вопросах профессионально-психологического отбора и способствующим адекватно планировать и правильно организовывать психопрофилактические мероприятия.

Весьма важна в вопросе психопрофилактики дезадаптационных срывов военнослужащих проблема разъяснения в доступной форме солдатам и матросам сути единоначалия со стороны офицеров по вопросам гуманитарной подготовки (военных воспитателей, военных врачей, командиров разных уровней), — проблема, которую сегодня не видят, обходят стороной, игнорируют или формализируют, проблема, которая, будучи крайне актуальной, не затрагивается в войсках вообще. К слову сказать, раньше функцию подготовки к армии призывников выполняли военные руководители в школах, которые могли в доступной форме разъяснять суть единоначалия. Ликвидация института военруков, начальной военной подготовки в школах здесь тоже сыграла свою отрицательную роль. При этом непонимание смысла единоначалия, на наш взгляд, служит одной из основных причин дезадаптационных срывов, что нередко заканчивается суицидальными, антисоциальными и другими происшествиями, которые квалифицируются как чрезвычайные. Непонимание этой проблемы заслуживает самостоятельного изучения.

Таблица 11. Распределение военнослужащих срочной службы с различными типами информационного метаболизма по группам успеваемости, п

№ п/п	ТИМ	Оценка качества деятельности по профессиональным группам						Всего
		Организаторские		Сенсорные		Сенсомоторные		
		I гр. (отл., хор.)	II гр. (уд., неуд.)	I гр. (отл., хор.)	II гр. (уд., неуд.)	I гр. (отл., хор.)	II гр. (уд., неуд.)	
1	ИЛЭ	1	1	3	1	0	1	7
2	СЭИ	0	3	2	3	3	2	13
3	ЭСЭ	1	1	3	1	1	1	8
4	ЛИИ	1	0	9	2	0	0	12
5	ЭИЭ	10	2	5	7	8	4	36
6	ЛСИ	6	0	2	0	2	0	10
7	СЛЭ	7	0	1	0	0	0	8
8	ИЭИ	0	1	4	7	13	2	27
9	ЭСИ	9	3	11	2	15	3	43
10	ЛИЭ	1	0	1	3	8	3	16
11	ИЛИ	0	0	4	2	1	1	8
12	СЭЭ	2	4	5	4	4	1	20
13	ЭИИ	2	6	2	5	2	3	20
14	ЛСЭ	2	0	1	0	1	0	4
15	ИЭЭ	0	1	1	3	1	1	7
16	СЛИ	0	0	8	1	1	2	12
Всего		42	22	62	41	60	24	251
Итого		64		103		84		251

Клинические исследования — основной метод диагностики заболеваний в психиатрии — целесообразно подвергать объективизации, т. е. проводить исследования на стыке с физиологическими, биохимическими и другими методами.

Кардиоритмографическое исследование у военнослужащих срочной службы с астеническим синдромом в рамках пограничной психопатологии в состоянии покоя показало достоверные отличия от здоровой группы лиц по таким показателям как удельный вес низкочастотных волн ($Lf\ norm\%$) и вегетативный баланс (LF/HF) (табл. 12). Результаты свидетельствуют о сдвиге баланса вегетативной регуляции в сторону симпатикотонии и усилении относительного влияния симпатической нервной регуляции синусового узла в сравнении с парасимпатической.

Таблица 12. Показатели variability сердечного ритма у ВСС с астеническим синдромом в пределах пограничной психопатологии

Показатели ВСР	Военнослужащие-астеники, $M \pm m$	Группа здоровых лиц, $M \pm m$	Достоверность различий по t-критерию (p)
mRR, мс	715,11±48,38	754±35	> 0,05
TP, $мс^2$	2172,44±1072,69	3466±186	> 0,05
VLF, $мс^2$	923,11±593,01	1677±136	> 0,05
LF, $мс^2$	751,22±238,82	810±92	> 0,05
LFnorm, %	70,57±4,87	59,8±2,2	< 0,05
HF, $мс^2$	484,67±252,42	540±98	> 0,05
HFnorm, %	29,43±4,87	40,1±2,2	> 0,05
LF/HF	3,09±0,56	1,5±0,39	< 0,05
SI, усл. ед.	472,67±193,15	67±10	< 0,05

Индекс напряжения регуляторных систем (стресс-индекс Баевского, SI) у военнослужащих-астеников достоверно выше ($p < 0,05$), чем в контрольной группе, что является признаком чрезмерно высокой степени централизации управления сердечным ритмом и широкого привлечения центральных контуров регуляции к управлению синусовым узлом через функциональную недостаточность автономного контура.

Результаты газохроматографического анализа липидов сыворотки крови (табл. 13) и пота у военнослужащих срочной службы с дезадаптационными срывами выявили отличия по разным показателям, в частности, по уровню насыщенности липидного комплекса сыворотки крови. Так, увеличение насыщенности липидов сыворотки крови обусловлено присутствием миристиновой и пентадеконовой жирной кислоты (ЖК) на фоне достоверно сниженного содержимого пальмитиновой ЖК.

Таблица 13. Жирнокислотный состав липидов сыворотки крови у ВСС с дезадаптационными срывами (в %)

Название ЖК	Контрольная группа, $n=20$, $M \pm m$	Военнослужащие с дезадаптационными срывами, $n=34$, $M \pm m$
C 14:0	—	$30,0 \pm 1,4^*$
C 15:0	—	$6,8 \pm 0,7$
C 16:0	$41,9 \pm 0,9$	$27,0 \pm 1,8^*$
C 17:0	—	$2,5 \pm 0,1$
C 18:0	$15,1 \pm 1,1$	$8,1 \pm 0,8^*$
C 18:1	$24,2 \pm 0,6$	$8,9 \pm 0,8^*$
C 18:2	$16,0 \pm 1,4$	$10,6 \pm 1,2^*$
C 18:3	—	$2,5 \pm 0,3$
C 20:4	$2,8 \pm 0,3$	$3,6 \pm 0,5$
Сумма нас. ЖК	$57,0 \pm 1,3$	$74,4 \pm 2,4^*$
Сумма ненас. ЖК	$43,0 \pm 1,3$	$25,6 \pm 2,4^*$
Сумма ПНЖК	$18,8 \pm 1,4$	$16,7 \pm 2,2$
$K1=(C18:2/C18:1)$	0,7	1,2
$K2=(C20:4/C18:1)$	0,1	0,4
$K3=(C20:4/C18:2)$	0,2	0,34

Примечание: * $p < 0,05$

Такое изменение насыщенности липидного комплекса сыворотки крови может свидетельствовать о деструкции липидиновой фракции фосфолипидов крови как о результате активации процесса липидной пероксидации.

В результате газожидкостного анализа липидов пота выявлено, что отличительным от показателей контроля есть присутствие пальмитоолеиновой ЖК. Достоверно уменьшенное содержимое пальмитиновой ЖК у обследуемых военнослужащих может свидетельствовать о деструкции липидиновой фракции фосфолипидов в результате активации процесса перекисного окисления липидов. Достоверное уменьшение содержимого стеариновой и олеиновой ЖК в липидном комплексе пота может свидетельствовать о нарушении липидного метаболизма.

Полученные данные, значительно расширяя знания о пограничных состояниях, могут оказаться полезными для объективизации экспертных решений.

Выводы и рекомендации

1. В работе приведено новое решение важной научно-практической задачи ранней диагностики военнослужащих срочной службы, склонных к дезадаптационным срывам, и объективизации особенностей их клинических проявлений с помощью комплекса экспери-

ментально-психологических, физиологических и биохимических методов исследования, направленных на предупреждение чрезвычайных происшествий в Вооруженных Силах Украины.

2. Сравнительный анализ психопатологических структур зависимого расстройства личности и психического инфантилизма показал достоверность различий названных заболеваний по частоте, сочетаемости и особенностям клинических проявлений, соматовегетативных расстройств, диспластических стигм ($p < 0,001$).

3. Достоверно установлены наиболее значимые личностные и внешние факторы риска дезадаптационных срывов.

3.1. Из числа личностных факторов риска дезадаптационных расстройств врачами-психиатрами в качестве доминирующих выделены «психоинфантильные признаки» и «эмоциональная неустойчивость».

3.2. Среди факторов, связанных с условиями военной службы, преимущественное значение имеют «измена девушки», «отдаление от семьи», «конфликты с командным составом из-за восприятия наказаний несправедливыми».

3.3. Определены акцентуации характера, являющиеся «благоприятной почвой» для развития различных форм пограничной психопатологии с ведущим астеническим синдромом.

3.4. Установлено, что в III группе нервно-психической неустойчивости (наименее устойчивая) среди пограничных психических расстройств астенического круга значительно преобладали психоинфантильные личности.

3.5. Выявлена взаимосвязь между типами информационного метаболизма и определенными вариантами психотравмирующих ситуаций.

4. На большом количестве клинических исследований (251 военнослужащий срочной службы) определены психологические типы, наиболее подходящие для военных специальностей: организаторская (командир отделения, сержант), сенсомоторная (водитель), сенсорная (радиотелеграфист, телеграфист, механик-связист).

5. Клиническая картина пограничной психопатологии с астеническим синдромом сопровождается характерологическими изменениями variability сердечного ритма.

5.1. Относительная активность автономного контура регуляции сердечного ритма, связанная с вагусной иннервацией, у военнослужащих срочной службы с астеническим синдромом в пределах пограничной психопатологии снижена в сравнении с нормой. А удельный вес симпатической нервной регуляции со стороны сосудодвигательного центра продолговатого мозга — повышен, из-за чего баланс вегетативной регуляции синусового узла смещен в сторону симпатикотонии ($p < 0,05$). Это указывает на преобладание эрготропных влияний вегетативной нервной регуляции над трофотропными.

5.2. Степень напряжения регуляторных систем у таких военнослужащих значительно повышена в сравнении с нормой ($p < 0,05$), что указывает на чрезмерно высокую централизацию управления сердечным ритмом за счет компенсаторного повышения активности центральных (надсегментарных) контуров регуляции, направленного на компенсацию функциональной недостаточности автономного контура регуляции. Это может быть обусловлено состоянием неэффективной адаптации организма к текущим условиям жизнедеятельности или к изменению гомеостаза вследствие определенной патологии, органическим поражением нервных структур, которые входят в состав автономного контура.

6. У военнослужащих срочной службы с дезадаптационными срывами на фоне пограничной психопатологии обнаруживались определенные биохимические особенности.

6.1. В процессе перекисного окисления липидов имеет место нарушение метаболизма липидного комплекса сыворотки крови, которое может служить одной из причин развития патологического состояния.

6.2. Как неинвазивный объект исследований пот может служить критерием оценки нарушений липидного метаболизма у лиц с дезадаптационными срывами.

7. Дальнейшее усовершенствование системы психопрофилактических мероприятий, направленных на предупреждение дезадаптационных срывов, развитие или обострение проявлений пограничной психопатологии целесообразно осуществлять в следующих направлениях:

7.1. Социальный:

— превентивная социальная подготовка к службе в армии (разъяснения призывникам сути единоначалия, принципов субординации в войсках в доступной форме на уровне школ, военкоматов и т. д.).

7.2. Психологический:

— профессиональный отбор и подбор военнослужащих срочной службы в воинские коллективы.

7.3. Медицинский:

— ранняя диагностика военнослужащих группы риска;

— индивидуальный медико-психологический контроль за психическим состоянием военнослужащих группы риска.

7.4. Военно-административный:

— усиление контроля за качеством проведения психопрофилактических мероприятий в тех воинских частях, где процент распространенности психических заболеваний постоянно высок, а дополнительные проверки эффективности выявления психических расстройств целесообразно проводить в тех частях, где эти показатели низки.

— при этом важно учитывать распространенность психической патологии среди гражданского населения в тех регионах, откуда призваны солдаты, как потенциальный призывной ресурс.

8. Разработанные клинко-диагностические критерии лиц, предрасположенных к дезадаптационным срывам, в совокупности с предложенными объективными методами исследования (холтеровский мониторинг, газохроматография) позволяют более глубоко изучать данный контингент военнослужащих с целью ранней их диагностики, прогнозирования и предупреждения чрезвычайных происшествий в Вооруженных Силах.