

В.В. Конончук¹, А.Н. Цымбал¹, А.Т. Давыдов²,
И.Т. Русев³, И.Ф. Савченко³

Результаты выявления суицидального риска у военнослужащих по призыву

¹Консультативно-диагностическая поликлиника 442 военного клинического госпиталя Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург

³Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Изучена организация выявления суицидального риска у военнослужащих Северо-Западного региона по призыву. Исследованы медико-организационные мероприятия по выявлению суицидального риска и предупреждению суицидального поведения у данной категории военнослужащих. Показана сопряженность различных уровней суицидального риска с группами нервно-психической устойчивости и уровнями психической адаптации в динамике. Представлена последовательность общих медико-организационных мероприятий по выявлению суицидального риска с низким уровнем психической адаптации с обязательным его мониторингом, а также проведением психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий. Установлено, что с ухудшением нервно-психической устойчивости и низким уровнем психической адаптации происходит увеличение доли лиц с суицидальным риском. Выявлено, что суицидальному риску более подвержены лица интровертированным типом темперамента, склонных к дезадаптации до уровня дезадаптивной группы. Так, среди военнослужащих по призыву с различными уровнями нервно-психической устойчивости и интровертированным типом темперамента суицидальный риск встречается в 2,9 раза чаще, чем у военнослужащих по призыву с такими же уровнями нервно-психической устойчивости, но с экстравертированным типом темперамента.

Ключевые слова: военнослужащие по призыву, суицидальный риск, суицидальное поведение, нервно-психическая устойчивость, уровень психической адаптации, диспансерно-динамическое наблюдение, медико-организационные мероприятия, психопрофилактика.

Введение. В современных условиях организация и комплектование Вооруженных сил Российской Федерации (РФ) молодым пополнением является важной научно-практической задачей. Несмотря на принимаемые меры при медицинском освидетельствовании и существующем отборе на военную службу, здоровье военнослужащих по призыву продолжает ухудшаться [1, 5, 7]. В 2010 г. каждый десятый военнослужащий по призыву, уволенный по состоянию здоровья штатной военно-врачебной комиссией 442 окружного военного клинического госпиталя, был необоснованно призван на военную службу [6]. Ухудшение здоровья военнослужащих по призыву приводит к увеличению суицидальных попыток и завершенных суицидов у этой категории военнослужащих.

В литературе отсутствуют статистические данные количества людей, которые имеют суицидальный риск (СР) и неизвестна распространенность суицидального поведения (СП) в нашей стране и за рубежом [4, 8]. Доступных литературных и статистических данных развития СП у лиц с СР при медико-психологических исследованиях не обнаружено. Так, до сих пор имеются противоположные мнения, изменяются ли эти показатели в динамике или они статичны. В доступной литературе мало публикаций по оценке СР при различных уровнях нервно-психической устойчивости

(НПУ) и уровнях психической адаптации (УрПА), особенно в динамике.

В настоящее время в существующей системе военно-профессионального отбора в военных комиссариатах выявление СР не проводится, а у военнослужащих по призыву СР определяется с помощью методики «МЛО-А 200 плюс» при поступлении молодого пополнения в воинские части. Показатели СР измеряются в стэнах. Классифицируется СР, как высокий, средний, низкий и его отсутствие. Между тем, в ряде работ сообщается, что для перехода СР в СП выраженность СР незначительна. Важным является наличие СР. Так, С.А. Игумнов [3], исследуя особенности СП, сообщает, что в раннем постсуицидальном периоде у лиц, совершивших суицид впервые, СР был низкий в 94,8% случаев, средний в 3,6%, и высокий в 1,6% случаев. У юношей, которые совершили суицидальные действия повторно, доля лиц с низким СР уменьшилась до 73,3%, а доли лиц со средним СР и высоким СР увеличились до 16,7 и 10% случаев соответственно [3]. Исходя из приведенных данных, эту особенность необходимо учитывать, особенно при принятии решения на допуск военнослужащих в караул.

Согласно директиве Министра обороны РФ № Д-18 от 31 июля 1996 года «О мерах по предотвращению самоубийств в Вооруженных силах Российской Феде-

рации» [2], одними из основных причин самоубийств и суицидальных попыток для военнослужащих по призыву являются: низкий уровень психической устойчивости призывников, трудности адаптации к военной службе, слабая организация психопрофилактической работы с лицами, имеющими признаки нервно-психической неустойчивости. А в работе органов военного управления по предотвращению суицидальных происшествий отсутствует системность и комплексность. Таким образом, в качестве основного мероприятия, реально позволяющего уменьшить негативную тенденцию увеличения числа завершённых суицидов среди военнослужащих по призыву является совершенствование организации выявления, а также мониторинг их состояния в динамике для предотвращения развития СП. До настоящего времени в существующей системе военно-профессионального отбора (ВПО) СП выявляется не в полной мере, а отдельные вопросы используемых психодиагностических методик свидетельствуют лишь о косвенных признаках СП. Традиционно используемые методики ВПО отражают лишь субъективную информацию обследуемого о себе, которая может быть целенаправленно искажена. Поэтому в качестве мероприятия, позволяющего улучшить выявление СП, явилась разработка новой организационно-функциональной модели по совершенствованию медико-организационных мероприятий у военнослужащих Северо-Западного региона РФ в динамике с использованием объективных психодиагностических методик, личностного опросника Г. Айзенка, «Видикор-М», как реального инструмента целенаправленного выявления, контроля нарастающих СП и проведения комплекса адресных психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий. Использование новой медико-организационной модели представляет собой непрерывный процесс. Он включает в себя изучение и обследование молодого пополнения, изучение условий военной службы, выявление факторов, которые отрицательно влияют на психическое состояние военнослужащих, медицинский контроль за психическим состоянием военнослужащих и его мониторинг, активное выявление дезадаптирующихся лиц и проведение адресных психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий по предупреждению СП и СП.

В настоящее время медико-организационные мероприятия и необходимые руководящие документы, предусматривающие выявление СП у военнослужащих, устарели и нуждаются в совершенствовании. Анализируемая система оказания специализированной суицидологической помощи предусматривает ее оказание только в тех случаях, когда у нуждающихся в ней развивается СП, поэтому является малоэффективной. До сих пор отсутствие ряда целевых медико-организационных положений в руководящих документах и программах по выявлению и предупреждению СП у военнослужащих не позволяет добиться его уменьшения в Северо-Западном регионе РФ.

Материалы и методы. Для анализа существующей медико-организационной системы выявления и предупреждения СП у военнослужащих в Северо-Западном регионе РФ, определения путей повышения ее эффективности были изучены основные анамнестические и психодиагностические показатели, определены типы темперамента, оценены организационные мероприятия и их осуществление по выявлению и профилактике СП.

Исследование проводилось в 56 окружном учебном центре Западного военного округа по прибытии молодого пополнения в воинскую часть, где осуществлялось изучение личных дел, обследование психодиагностическими методиками и проведение военно-врачебной комиссии (ВВК). На ВВК психиатру для анализа предоставлялись показатели типов темперамента (ТТ), НПУ и СП. Для этого использовали психодиагностические методики: «МЛО-А 200 плюс», определение типов темперамента по Г. Айзенку, экспресс-методика нейровизуализации «Видикор-М». Обследовано 932 военнослужащих из числа молодого пополнения. Все обследуемые были разделены на две группы: 1-я – это лица с экстравертированным типом темперамента (ЭТТ) – 508 человек и 2-я группа – лица с интровертированным типом темперамента (ИТТ) – 424 человека.

По УрПА военнослужащие были разделены на 5 групп: высокоадаптивные (ВА), адаптивные (А), эмоционально-лабильные (ЭЛ), группа риска (ГР), дезадаптивные (ДА). При этом было выявлено 6 (0,6%) высокоадаптивных лиц. По этой причине группы ВА и А были объединены в одну группу. Вместе с тем, у военнослужащих группы ВА СП не выявлен. Корреляционная связь оценивалась с использованием критерия Хи-квадрата Пирсона между группами СП и НПУ по данным шкал «МЛО-А 200 плюс», а также, между группами СП «МЛО-А 200 плюс» и УрПА, определенными с помощью методики «Видикор-М».

Результаты и их обсуждение. Установлено, что с ухудшением НПУ (табл. 1) и УрПА (табл. 2) происходит увеличение доли лиц с СП.

Так, среди военнослужащих по призыву с различными уровнями НПУ и ИТТ суицидальный риск встречается в 2,9 раза чаще, чем у военнослужащих по призыву с такими же уровнями НПУ, но с ЭТТ.

По данным шкал МЛО-А 200 плюс в группе лиц с различными уровнями НПУ и ЭТТ Хи-квадрат составил 256,42 при $df=9$ и $p<0,001$; в группе лиц с ИТТ Хи-квадрат составил 234,04 при $df=9$ и $p<0,001$.

У военнослужащих по призыву в разных группах УрПА в версии «Видикор-М» с ЭТТ Хи-квадрат составил 17,60 при $df=9$ и $p<0,05$, а в группе военнослужащих с ИТТ Хи-квадрат составил 174,85 при $df=9$; $p<0,001$. Вместе с тем, доля лиц с СП в группе лиц ЭТТ оказалась достоверно незначительной по сравнению с ИТТ. Таким образом, наиболее суицидоопасными оказались интроверты с неудовлетворительной НПУ и низким УрПА.

Таблица 1

Структура СР в группах НПУ в целом и по ТТ по прибытии в воинскую часть, %

Показатель	НПУ											
	высокая			хорошая			удовлетворительная			неудовлетворительная		
	Группа											
	Все	ЭТТ	ИТТ	Все	ЭТТ	ИТТ	Все	ЭТТ	ИТТ	Все	ЭТТ	ИТТ
СР	0	0	0	2,9	1,3	5,9	40,5	25,6	55,2	93,7	66,7	98,1

Таблица 2

Структура СР в группах УрПА в целом и ТТ по прибытии в воинскую часть, %

Показатель	УрПА											
	высокоадаптивные и адаптивные			эмоционально-лабильные			группа риска			дезадаптивные		
	Группа											
	Все	ЭТТ	ИТТ	Все	ЭТТ	ИТТ	Все	ЭТТ	ИТТ	Все	ЭТТ	ИТТ
СР	4,8	4,4	5,1	21,6	8,4	33,7	30,7	12,9	63,7	46,1	18,5	87,5

Через 2 и 6 месяцев после начала службы УрПА у этих же военнослужащих улучшился у 120 человек с ЭТТ и 48 человек с ИТТ; не изменился у 251 человек с ЭТТ и 196 человек с ИТТ; ухудшился у 137 человек с ЭТТ и 180 человек с ИТТ. Соответственно, изменилось и количество лиц с разной выраженностью СР в группах УрПА.

После этого с каждым военнослужащим по призыву проводилось собеседование. При этом выяснялись причины изменения УрПА, выявлялись эмоционально значимые «болевые точки», которые могут привести к длительному и выраженному ухудшению эмоционального состояния, ценностные ориентации и установки личности, значимые стремления, побуждения, потребности, а также факторы содействия и противодействия достижения этого.

Совместно с заместителем командира подразделения по воспитательной работе и психологом части для каждого военнослужащего, у которого ухудшился УрПА с наличием СР была выработана целевая адресная программа по дальнейшему взаимодействию. Были разработаны рекомендации командирам. Проводились индивидуальные и коллективные психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия. Врачом части лица ГР и ДА были взяты на диспансерно-динамическое наблюдение с периодичностью профилактических осмотров 1 раз в 3 месяца.

Кроме того, через 6 месяцев после начала службы на фоне проводимых психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий проведена повторная контрольная диагностика УрПА, а показатели СР сравнены с полученными ранее результатами. Выявлено, что УрПА улучшился у 114 человек с ЭТТ и 128 человек с ИТТ; не изменился у 295 человек с ЭТТ и 228 человек

с ИТТ; ухудшился у 99 человек с ЭТТ и 68 человек с ИТТ. Количество лиц с разной выраженностью СР в группах УрПА также изменилось. При этом СР проявили только те лица, которые либо изначально были в группе ДА, либо те, которые в последующем были дезадаптированы до ДА группы, даже при условии, что эта дезадаптация была промежуточной. У лиц с ЭТТ какая-либо особенность или закономерность не выявлена.

Закключение. Для выявления СР и отслеживания динамики изменений УрПА следует использовать объективную экспресс-методику нейровизуализации «Видикор-М». У лиц с ИТТ СР выявляется в 2,9 раза чаще, чем у экстравертов. Основными показателями СР можно считать не только результаты методик определения уровней СР, но и неудовлетворительную группу НПУ, группу риска и дезадаптивную группу психической адаптации, определяемых в динамике, особенно у лиц с ИТТ. Для лиц с ИТТ СР характерен только для лиц, склонных к дезадаптации до уровня дезадаптивной группы, независимо от выявленного УрПА на момент диагностики. Для профилактики СП необходимо проводить диспансерно-динамическое сопровождение лиц с СР и низким УрПА с обязательным его мониторингом и осуществлением психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Литература

1. Демченко, Ж.Л. К вопросу об аутоагрессивном поведении военнослужащих / Ж.Л. Демченко, Н.А. Сюрис // Тюменский мед. журн. – 2013. – № 2. – С. 81–85.
2. Директива Министерства обороны РФ от 31 июля 1996 г. № Д-18 «О мерах по предотвращению самоубийств в Вооруженных силах Российской Федерации». – М: МО РФ, 1996. – 6 с.

3. Игумнов, С.А. Особенности парасуицидального поведения подросткового населения Беларуси / С.А. Игумнов // Практическая медицина. – 2007. – № 22. – С. 40–42.
4. Корень, Е.В. Дети как группа риска: фокус на подростковых суицидах / Е.В. Корень // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2006. – № 2 (6). – С. 129–138.
5. Кочанов, М. Е. Организация ранней реабилитации и профилактики нервно-психических расстройств у военнослужащих срочной службы / М.Е. Кочанов // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1 (52). – С. 102–103.
6. Обзор результатов работы военно-врачебных комиссий военных лечебных учреждений в зоне ответственности штатной ВВК 442 ОВКГ в 2010 году. – ВВК ФГУ «442 ОВКГ» МО РФ, 2011. – 4 с.
7. Панасенко, Б.В. Агрессия, как основная психотерапевтическая мишень краткосрочной семейной психотерапии при расстройствах поведения и эмоций у детей и подростков / Б.В. Панасенко // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 65–66.
8. Руженков, В.А. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения / В.А. Руженков, В.В. Руженкова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 52–54.

V.V. Kononchuk, A.N. Tsybal, A.T. Davydov, I.T. Rusev, I.F. Savchenko

Results of detection of suicidal risk in military conscripts

Abstract. We studied organization of finding suicide risk in conscript servicemen of Northwest region. We investigated health-organizational activities to identify suicide risk and prevention of suicidal behavior in this category of servicemen. It was shown that there is the conjugation of different levels of suicide risk with groups of neuro-psychological stability and levels of mental adaptation dynamics. It was proven that the sequence of general medical and organizational activities to identify suicide risk with low levels of mental adaptation to its mandatory monitoring and conducting psycho-preventive and corrective treatment. It was found that with the deterioration of neuro-psychological stability and low levels of mental adaptation there is an increase in the proportion of subjects with suicidal risk. It was revealed that the risk of suicide are more prone to face introverted temperament prone to maladjustment to the level of maladaptive group. Thus, among conscripts with different levels of nervous and mental stability and introverted temperament suicide risk occurs 2,9 times more frequently than in conscripts with the same levels of neuro-psychological stability, but extroverted temperament.

Key words: military conscription, suicidal risk, suicidal behaviour, neuro-psychical stability, level of mental adaptation, outpatient follow-up, care arrangements, psychoprophylaxis.

Контактный телефон: +7 (904) 553-44-52; e-mail: terebovlya1974@mail.ru