



КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

О. Н. Сукачева

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Аннотация. Изучение клинических проявлений адаптационных расстройств (АР) у 99 профессиональных военнослужащих (средний возраст — $38,50 \pm 2,02$ лет), уволенных из рядов Вооруженных Сил в период 2010–2013 гг., с помощью унифицированных критериев МКБ-10 и опросника PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974), позволило выделить два основных варианта АР: поведенческий и аффективный. Аффективный вариант АР встречался в 1,2 раза чаще поведенческого ($p < 0,01$). В аффективном варианте выделено три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный. В структуре аффективного варианта преобладал депрессивный подвариант ($p < 0,01$). Идентифицирован общий для всех пациентов с АР психосоциальный стрессор — «увольнение из армии», описаны клинические проявления вариантов и подвариантов АР (F43.2). Проведенное исследование показало необходимость более раннего выявления АР с целью их своевременной коррекции и улучшения прогноза.

Ключевые слова: расстройства адаптации, военнослужащие, уволенные из армии, клинические варианты адаптационного расстройства, психосоциальный стрессор — «увольнение из армии».

Введение

Актуальность исследований, направленных на совершенствование подходов к диагностике и терапии адаптационных расстройств, не вызывает сомнения. Это обусловлено высокой частотой встречаемости указанных расстройств в популяции, а также их негативными социальными и медицинскими последствиями [1–6]. По данным разных авторов, частота распространенности адаптационных расстройств (АР) существенно варьирует: от 1,00 до 21,00 % в популяции, по данным [1], и от 5,00–20,00 %, по данным [2]. В контингенте больных невротическими расстройствами процент лиц с АР еще выше — 28,10 % [5]. Отмеченные расхождения объясняются сложностями диагностики, полиморфным характером данной нозологической категории, использованием разных методов исследования, а также обследованием различных социальных групп [1–3, 5].

Анализ литературы позволил выделить социальную группу, которая, с одной стороны является высокорисковой в плане развития АР, с другой стороны — наименее изученной. Такой группой являются профессиональные военнослужащие, увольняемые из рядов Вооруженных Сил (ВС). Ситуация увольнения из ВС, переход военнослужащих из одной социально-профессиональной среды в другую, неопределенность трудоустройства, нарушение привычного уклада жизни потенциально являются повышено стрессогенными, но для части военнослужащих приобретает характер первичного и основного причинного фактора

возникновения адаптационных расстройств, препятствующих полноценному социальному функционированию, снижению продуктивности в повседневной деятельности. В свою очередь, развитие АР значительно повышает риск развития аддиктивного и суицидального поведения [4], формирования коморбидных с АР аддиктивных и личностных расстройств. В связи с этим изучение клинических особенностей АР у военнослужащих, уволенных из ВС, и проявивших признаки неадаптивного поведения и реагирования, актуально, так как способствует расширению наших знаний о предиспозиционных факторах развития АР у представителей указанной социальной группы, и в конечном итоге подчинено усилиям по разработке мер эффективной превенции и терапии АР у бывших военнослужащих.

Цель исследования

Клинико-статистический анализ психопатологических особенностей адаптационных расстройств у военнослужащих, уволенных из ВС.

Задачи исследования

Описание клинических проявлений АР у военнослужащих, уволенных из ВС, и выделение их типологических вариантов.

Материалы и методы исследования

На этапе выделения групп сравнения по унифицированным критериям МКБ-10 в контингенте военнослужащих, уволенных из ВС было проведено изучение частот встречаемости лиц с адаптационными расстройствами (АР) и без таковых. Всего на протяжении 2010–2013 гг. было исследовано 446 бывших военнослужащих. У 99 (22,20 %) из них были

установлены признаки адаптационных расстройств (АР) (F43.2) (табл.1). Указанные лица составили основную группу исследования (ОГ). Контрольную группу (КГ) образовали 30 военнослужащих, уволенных из ВС, не имевших признаков АР. Средний возраст пациентов с АР — $38,50 \pm 2,02$ лет, испытуемых без АР — $38,40 \pm 1,06$ лет.

В исследовании использовались клиниче-

в 1,2 раза чаще поведенческого ($p < 0,01$). При выделении вариантов и подвариантов АР мы ориентировались на методические рекомендации П. В. Волошина с соавторами [2]. Распределение клинических вариантов и подвариантов АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС отражено в табл. 2.

Аффективный вариант АР (АВ АР) в нашем исследовании был установлен у большин-

Таблица 1

Распределение в контингенте военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил, частот встречаемости лиц с признаками адаптационных расстройств и без таковых (по критериям МКБ-10), %

Военнослужащие, уволенные из рядов Вооруженных Сил	Абс.ч., чел.	Отн. ч., %
1. Без адаптационных расстройств	347	77,80 ¹
2. С адаптационными расстройствами	99	22,20 ²
Всего:	446	100,00

Примечание: достоверность различий ¹⁻² — $p < 0,001$

ский (клинико-психопатологический), психодиагностический и статистический методы. Оценка психического состояния испытуемых проводилась на основании полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974); Шкала оценки психического статуса (Present state examination — PSE) разработана ВОЗ в 1973 г. для оценки тяжести психических нарушений в статусе больного на основании его стандартизированного опроса. PSE представлена ВОЗ как европейская оценочная шкала психического состояния, симптоматический перечень которой был разработан для выявления синдромологических констелляций [7]. Верификация диагноза АР осуществлялась на основании унифицированных критериев МКБ-10. Оценка психического статуса испытуемых и верификация АР во всех случаях проводилась совместно с врачом-психиатром. Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнена с использованием пакета прикладных программ «Statistica 7.0 for Windows».

Результаты исследования и их обсуждение

Применение унифицированных критериев МКБ-10, а также клинико-статистический анализ данных, полученных при использовании PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974), позволил в контингенте военнослужащих, уволенных в запас из ВС и имеющих признаки адаптационного расстройства, выделить два его клинических варианта: поведенческий и аффективный. В аффективном варианте АР были выделены три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный. Аффективный вариант АР встречался

в 53,54 % пациентов и представлен тремя подвариантами: депрессивным (АВ(дп) АР), тревожным (АВ(тп) АР) и смешанным (АФ(сп) АР) (табл. 2).

Депрессивный подвариант аффективного варианта АР (АВ(дп) АР) был установлен у 30 пациентов, характеризовался как доминирующий (56,60 %) в структуре аффективного варианта АР и соотносился с «продолжительной депрессивной реакцией» по критериям МКБ-10 (F43.21). Клиническая картина данного подварианта АР определялась наличием депрессивного аффекта, снижением побуждений, пессимистичной оценкой перспектив и собственной личности, нарушением концентрации внимания, легкой психомоторной заторможенностью и психовегетативными нарушениями. При этом депрессивный аффект характеризовался непостоянством, зависимостью от ситуации (был выводим из психотравмирующего события), отсутствием «вitalности». Снижение побуждений касалось ограниченного круга интересов и увлечений, ангедония не достигала значительной степени, не отмечалось замедления ассоциативного процесса. У многих пациентов заметное место в клинической картине занимало изменение самооценки, переживание по поводу увольнения из рядов ВС, а также редуцированные идеи вины, своей социальной ненужности. По параметрам стабильности и длительности депрессивная реакция дезадаптации характеризовалась как «продолжительная». Средняя продолжительность депрессивного варианта составляла $9,10 \pm 2,00$ месяца (табл. 3). В целом динамика депрессивных

Таблиця 2

Распределение клинических вариантов и подвариантов АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС, соотнесенных с категориальными диагностическими шифрами МКБ-10, %

N	Вариант АР	Код по МКБ-10	Абс.ч., чел.	Отн.ч., %
1	Поведенческий вариант АР		46	46,46 ¹
1.1	С преобладанием нарушений поведения	F43.24		
2	Аффективный вариант АР		53	53,54 ²
2.1	Депрессивный подвариант АР	F43.21 (Пролонгированная депрессивная реакция)	30	30,30
2.2	Тревожный подвариант АР	F43.23 (С преобладанием нарушения других эмоций)	13	13,14
2.3	Смешанный подвариант АР	F43.22 (Смешанная тревожно-депрессивная реакция)	10	10,10
Всего			99	100,00

Примечание: достоверность различий ¹⁻² — $p < 0,001$

реакций дезадаптации характеризовалась формированием и длительным сохранением комплекса психогенных переживаний с фиксацией на психотравмирующем событии (увольнение из рядов ВС) с последующим присоединением и усилением астенических проявлений. На момент исследования в клинической картине ведущее место занимали аффективные нарушения в виде субдепрессивных или депрессивных состояний легкой степени выраженности, а комплекс психогенных переживаний тушировался и уходил на задний план.

Тревожный подвариант аффективного варианта АР (АВ(тп) АР) был установлен у 13 (13,40 %) пациентов и соотносился с категорией «АР с преобладанием других эмоций» (F43.23 по МКБ-10). В клинической картине данного подварианта доминировали тревожные реакции дезадаптации. Наиболее частыми проявлениями АР являлись переживание внутреннего напряжения, безотчетного немотивированного беспокойства и неспособности расслабиться. Выраженность описанных симптомов усиливалась в вечернее время, в период засыпания. Чувство тревоги инициировалось мыслями о будущем, ожиданием перемен, состоянием неопределенности. Наряду с эпизодическими возникающими ожиданиями неприятностей, ощущениями беспредметной тревоги и страха за себя и близких большинство пациентов (76,92 % от общего числа с данным подвариантом) отмечали появление тревоги, робости и нерешительности в ситуациях, в которых ранее себя чувствовали спокойно

(при встрече с бывшими сослуживцами, например). Но наиболее значимыми были для пациентов с данным подвариантом новые социальные ситуации (собеседования с потенциальным работодателем, посещение налоговых администраций, оплата коммунальных платежей и пр.): практически у всех при попадании в такие ситуации снижалось «качество» мышления (не могли сформулировать ответ на заданный вопрос), появлялась боязнь неправильных ответов, боязнь неадекватной оценки со стороны потенциального работодателя, развивалось избегающее поведение (неявка в службу занятости, на собеседование с кадровиками новых потенциальных мест работы, уход из очереди в кассу при оплате коммунальных услуг, с собеседования и пр.). У большинства обследуемых после «неудачных» посещений потенциальных работодателей на фоне нарастающей тревожности появлялось ощущение неуверенности в себе, которое сопровождалось вспышками раздражительности, направленными на себя. Несмотря на отмечаемое значимое снижение самоуважения и утрату уверенности в своей способности «жить на гражданке», пациенты не замыкались, стремились к общению с окружающими, искали социальную поддержку. В большинстве случаев (76,92 %) у наблюдаемых тревожные реакции сопровождалась выраженной психовегетивной симптоматикой. При обследовании большинство пациентов с данным подвариантом АР активно предъявляли жалобы на головные боли напряжения, трудности засыпания и поверхностный сон с ча-

стыми ночными пробуждениями, колебания массы тела.

Средняя продолжительность тревожного подварианта АР на момент исследования составила $1,10 \pm 3,20$ месяца (табл. 3). По мере дезактуализации психотравмы и регресса тревожного аффекта ведущее место в клинической картине занимали астенические явления. Они формировались постепенно, через 2–3 недели от начала реакции и проявлялись в виде раздражительной слабости, несобранности, утомляемости и снижения концентрации внимания. При этом элементы астении были менее выраженными, чем при депрессивном подварианте АР.

Смешанный подвариант аффективного варианта АР (АВ(сп) АР) был установлен у 10 (10,10 %) пациентов и квалифицировался как «Смешанная тревожно-депрессивная реакция» (F43.22 по критериям МКБ-10).

Аффективные проявления в клинической картине у пациентов этого подварианта характеризовались гипотимией, подавленностью, а также наличием ощущения внутреннего напряжения и беспокойства. На фоне сниженного настроения отмечались ослабление интересов, желаний, отгороженность и безучастность, снижение самооценки, утрата самоуважения. Особенностью тревожного синдрома при смешанном подварианте АР было сочетание и выраженность как психического, так и соматического компонентов тревоги. В рамках психического компонента отмечались беспокойство, тревожные опасения, предчувствия, мысли, направленные в будущее; навязчивые воспоминания, связанные с психотравмирующим событием (увольнением из армии), нерешительность в действиях, принятии решений. Соматические проявления тревоги усиливались при воспоминании о психотравмирующем событии, волнении, повышенной умственной и эмоциональной нагрузках. Характерными были также астенические симптомы, нарушение сна в виде частых пробуждений среди ночи, невозможность отключиться от неприятных мыслей при засыпании. Средняя продолжительность данного подварианта к моменту обследования составляла $5,80 \pm 1,50$ месяца (табл. 3). По результатам клинико-динамического анализа у большинства пациентов с данным подвариантом (70,00 %) была установлена своеобразная трансформация тревожной симптоматики: начиная со второго месяца, собственно психический компонент тревожного синдрома редуцировался, а на первое место выдвигались соматические признаки. У значительного

числа пациентов (40,00 %) на фоне длительного астенодепрессивного напряжения, связанного с психотравмирующим событием, было отмечено нарастание астенодепрессивной симптоматики. Преобладала физическая усталость, раздражительность, гиперестезия, сменяемая периодами апатии, появлялись разнообразные и не связанные с первичным психотравмирующим событием чувство тягостного бессилия, ощущения собственной несостоятельности и неспособности справиться с ситуацией.

Поведенческий вариант АР (ПВ АР) был установлен у 46 (46,46 %) пациентов и представлен адаптационным расстройством с преимущественным нарушением поведения (F43.24 по МКБ-10).

В клинической картине АР при данном варианте доминировали симптомы дезадаптивного, реже диссоциального поведения, которое сочеталось с нарушением повседневного функционирования. Клиническая картина определялась раздражительностью, несдержанностью, импульсивностью, повышенной возбудимостью, кратковременными реакциями агрессии, обиды, гнева. Как правило, при ПВ АР у пациентов выявлялись ранее нехарактерные для них формы поведения, снижение порога агрессивности, обострение чувствительности к критике, что приводило к конфликтам, нарушению взаимоотношений с окружающими. Тем не менее выраженность психопатологической симптоматики оставалась неглубокой. Вышеописанные поведенческие симптомы во всех случаях ПВ АР были четко связаны с фактом психотравмирующего события — увольнения из рядов ВС. Возникновение социальной дезадаптации у пациентов при данном варианте АР в большей степени определялось такой симптоматикой, как перепады настроения, раздражительность, гиперактивность (при малой ее продуктивности), чувство недовольства и внутреннего напряжения. Следует отметить, что большинство из этих симптомов, среди которых преимущественно отмечались проявления легких форм астенической или психовегетативной симптоматики, не вербализовались пациентами и были выявлены в ходе опроса. Эмоциональные нарушения при ПВ АР не занимали ведущего положения в клинической картине, проявляясь фрагментарно или в стертом виде.

Средняя продолжительность ПВ АР составляла $3,20 \pm 3,40$ месяца и характеризовалась нарастанием выраженности симптоматики.

Обобщенные результаты изучения средней продолжительности вариантов и подвариантов АР отражены в табл. 3.

рично возникающими реакциями отрицания, протеста, фатальной пассивности, смещенной активности. При этом у всех пациентов с АР

Таблица 3

Средняя продолжительность клинических вариантов и подвариантов АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС, M±m

N	Вариант АР	Код по МКБ-10	Средняя продолжительность АР, месяц
1	Поведенческий вариант АР		3,20±3,40 ¹
1.1.	С преобладанием нарушений поведения	F43.24	
2	Аффективный вариант АР		5,33±2,80 ²
2.1.	Депрессивный подвариант АР	F43.21 (Пролонгированная депрессивная реакция)	9,10±2,00
2.2.	Тревожный подвариант АР	F43.23 (С преобладанием нарушения других эмоций)	1,10±3,20
2.3	Смешанный подвариант АР	F43.22 (Смешанная тревожно-депрессивная реакция)	5,80±1,50

Примечание: достоверность различий ^{1,2} — p<0,001

Из табл. 3 следует, что продолжительность АР в группе военнослужащих, уволенных из рядов ВС не превышала 6 месяцев. Средняя продолжительность аффективного варианта АР в 1,6 раза была дольше, чем поведенческого (p<0,01). Максимальная продолжительность АР в рамках аффективного варианта отмечена при депрессивном подварианте, минимальная — при тревожном.

Проведенное исследование позволило сформулировать ряд **обобщений**:

1. Установлена высокая частота встречаемости адаптационного расстройства (АР) (F43.2 по критериям МКБ-10) в контингенте военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил: 22,20 %, выборка – N=446.

2. Изучение клинических проявлений АР у бывших военнослужащих с помощью полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974) выявило ряд общих для клинической группы особенностей.

2.1. Первой общей психопатологической характеристикой у пациентов с АР являлся специфический реактивный симптомокомплекс (СРСК) идеаторно-мнестических и аффективно-мотивационных расстройств, выразившийся в устойчивых интрузивных переживаниях, которые были сопряжены с изменением самоотношения пациентов. Установленный СРСК не отличался от описанного в литературе [3]. Устойчивые интрузивные переживания у пациентов с АР выражались чувством незащищенности, отвержения, вины, беспомощности и растерянности, а также вто-

отмечалось избирательное снижение способности к многосторонней и объективной оценке ситуации с фокальным усилением наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, с доминированием аффективной логики, оценочных суждений и появлением избирательных дисмнезий. Все это создавало условия для наблюдающегося у них нарушения способности к переоценке и ассимилированию травматического опыта.

2.2. Второй общей психопатологической характеристикой у обследованных пациентов с АР являлась связанность психопатологической симптоматики с общим психосоциальным стрессором. У всех пациентов с АР был идентифицирован общий психосоциальный стрессор — «увольнение из армии». Психопатологическая симптоматика развивалась в непосредственной связи со стрессовым событием, а психотравмирующая ситуация была ярко представлена в переживаниях и высказываниях.

2.3. Третьей общей психопатологической характеристикой у обследованных пациентов с АР являлось то, что клинические проявления АР отличались полиморфностью, неоднородностью и сравнительно неглубокой выраженностью симптоматики.

2.4. Четвертой общей психопатологической характеристикой у обследованных пациентов с АР являлась кратковременность психопатологической симптоматики (средняя продолжительность АР — 4,27 месяца, т. е. <6 месяцев).

2.5. Пятой общей психопатологической

характеристикою у обстежених пацієнтів з АР являлась сочєтанність психопатологічної симптоматики со зниженням соціального функціонування.

3. Установлено наявність двох основних клінічних варіантів АР у воєннослужащих, уволєнних із рядів ВС: поведєнчєский і афективний. Афективний варіант АР зустрічався в 1,2 рази частіше поведєнчєского ($p < 0,01$). В афективному варіанті видєлено три підваріанта: депрес-

сивний, тривожний і змішаний. В структурі афективного варіанта преобладав депресивний підваріант ($p < 0,01$).

Установлені особливості клінічних проявлєнь адаптационних расстройств у воєннослужащих, уволєнних із рядів ВС, будуть використані при створєнні превєнционних і реабілітационних програм.

Література

1. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы диагностике и терапии [Текст] / О. С. Антипова // Неврология и психиатрия. – 2013. – № 1. – С. 32–36.
2. Волошин П. В. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування : методичні рекомендації [Текст] / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шєстопалова [та інш.]. – Харків, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», 2009. – 32 с.
3. Шифнер Н. А. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов [Текст] / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Вестник психиатрии и психологи Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 43–61.
4. Литвинцев С. В. Использование афобазола в лечении расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных из Вооружённых Сил [Текст] / С. В. Литвинцев, Ю. П. Успенский, А. Т. Давыдов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2007. – № 11. – С. 28–29.
5. Шамрей В. К. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра [Текст] / В. К. Шамрей, А. А. Марченко, Е. Ю. Абриталин [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – № 4. – С. 14–18.
6. Walsh J. A Social Work Perspective on the Adjustment Disorders [Text] / J. Walsh, J. Corcoran // Social Work in Mental health. – 2011. – Vol. 9. – Is. 2. – P. 107–121.
7. Шкалы для оценки психического статуса. Шкала оценки психического статуса (Present state examination – PSE) [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/64>

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПРОФЕСІЙНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКИХ БУЛО ЗВІЛЬНЕНО З ЛАВ ЗБРОЙНИХ СИЛ

О. М. Сукачова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Вивчення клінічних проявлєнь адаптационних розладів (АР) у 99 профєсійних військовослужбовцїв (середній вік — $38,50 \pm 2,02$ років), у період 2010–2013 р. р., за допомогою уніфікованих критеріїв МКХ-10 та опитувальника PSE (Present State Examination, J. K. Wing et al., 1974) дозволило виділити два основних варіанта АР: поведінковий та афективний. Афективний варіант АР зустрічався у 1,2 рази частіше, ніж поведінковий ($p < 0,01$). В афективному варіанті видєлено три підваріанта: депресивний, тривожний та змішаний. У структурі афективного варіанта домінував депресивний підваріант ($p < 0,01$). Ідєнтифіковано загальний для всіх пацієнтів з АР психосоціальный стрєсор — «звільнення з армії», описано клінічні прояви варіантів та підваріантів АР (F43.2). Провєдєне дослідження довєло необхідність більш раннього встановлення АР з метою своєчасної корекції та поліпшення прогноза.

Ключові слова: розлади адаптації, військовослужбовці, яких звільнено з армії, клінічні варіанти адаптационного розладу, психосоціальный стрєсор — «звільнення з армії».

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ADAPTATION DISORDERS IN MILITARY PROFESSIONALS RETIRED FROM ARMED FORCES

O. N. Sukachova

V. N. Karazin Kharkiv National University

The study of clinical manifestations of adaptation disorders (AD) in 99 military professionals retired from armed forces during the period of time from 2010 to 2013 using the unified criteria of ICD-10 and PSE questionnaire (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974) (average age 38.50 ± 3.00) has enabled to reveal two main types of AD: behavioral and affective. The affective type of AD was found 1.2 times more often than behavioral type ($p < 0.01$). The affective type was found to have three subtypes: depressive, anxious and mixed. In the structure of affective type the depressive subtype prevailed ($p < 0.01$). The common for all patients with AD psychological and social stress factor “retirement from armed forces” has been identified; clinical manifestations of types and subtypes of AD (F43.2) have been described. The conducted research showed the necessity of early identification of AD with a purpose of their correction and improvement of the prognosis.

Key words: adaptation disorders, military professionals retired from armed forces, clinical types of adaptation disorder, psychological and social stress factor “retirement from armed forces”.