

М. М. Скугаревская<sup>1</sup>, В. И. Сачек<sup>2</sup>, О. А. Скугаревский<sup>3</sup>

## ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ (ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ) ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИЗЫВНИКОВ

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,<sup>1</sup>  
ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр  
Вооруженных сил Республики Беларусь»,<sup>2</sup>  
УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>3</sup>

---

*В статье изложены основные подходы к военно-врачебной экспертизе призывников с позиции врача психиатра-нарколога с учетом специфики возрастного периода. Освещаются организационные и диагностические проблемные вопросы военно-врачебной экспертизы. Приведен клинический случай, отражающий типичные ошибки в определении степени годности к военной службе.*

---

**В**озраст призыва на срочную военную службу (18-27 лет) является критическим для развития большинства психических расстройств. В этот период манифестируют аффективные расстройства, шизофрения, формируются расстройства личности, зависимости от психоактивных веществ и др. (McFarlane W.R. 2005). В позднем подростковом – раннем взрослом возрасте повышаются, достигая максимума, требования со стороны

социума к личности (начало трудовой деятельности, получение специального образования, срочная военная служба, создание собственной семьи), что при наличии базовой предрасположенности к формированию психических расстройств может служить провоцирующим моментом в их манифестации. Среди уволенных по состоянию здоровья военнослужащих наибольшее количество (26,7%) приходится на психические расстройства и рас-

стройства поведения (по данным 432 главного военного клинического медицинского центра Вооруженных сил Республики Беларусь за 2008 – 2011 годы).

**Особенности подросткового периода.** Подростковый возраст — стадия онтогенетического развития между детством и взрослостью, которая характеризуется качественными изменениями, связанными с половым созреванием и вхождением во взрослую жизнь. Границы этого периода достаточно условны, так согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения это период жизни человека от 10 до 19 лет [4], согласно конвенции ООН о правах ребенка к подростковому периоду относится возраст 15-18 лет. В соответствии со стадиями развития человека по Э.Эриксону молодыми взрослыми людьми обычно считаются лица от 20 до 40 лет, а подростками люди 13 – 19 лет. Сложно дать однозначное определение подросткового возраста, потому что можно подходить к этому вопросу с разных точек зрения (психология, биология, история, социология, образование, антропология). Окончание подросткового возраста и начало взрослого варьирует в разных культурах, странах. Так, ключевыми моментами является законодательно определяемый возраст допуска к управлению автотранспортным средством, заключения брака, службы в армии, употребления алкоголя и табака, голосования и др. С исторической точки зрения (G.Elder, J.Kett, T.Hine) подростковый возраст как период развития существенно менялся от одной исторической эпохи к другой. Есть мнение, что подростковый период является сугубо социальным изобретением и то, как мы делим жизненный цикл на этапы, не более чем отражение политических, экономических и социальных обстоятельств, в которых мы живем [5].

В подростковом возрасте происходят изменения в социальных взаимодействиях. По сравнению с детьми подростки более социабельны, формируют более сложные отношения со сверстниками (иерархия), более чувствительны к принятию и отвержению группой сверстников. В этот период происходит формирование «социального интеллекта», развиваются когниции, обеспечивающие эффективное социальное взаимодействие, его тонкие нюансы, например, способность распознавать лица и предполагать мысли и намерения других людей (способность распознавать иронию в речи, необходимость отделять буквальное значение от того, что подразумевалось).

Что касается базовых мыслительных способностей, то в подростковом возрасте происходит улучшение эффективности работы мозга. Оно отмечается в пяти областях:

1. **Внимание.** Улучшение селективного (избирательного) внимания, т.е. фокусировка на одном стимуле при игнорировании другого. Разделение внимания, т.е. способность уделять внимание двум и более стимулам одновременно, также улучшается.
2. **Память.** Наблюдается улучшение как рабочей памяти, так и долговременной памяти.
3. **Скорость обработки информации (процессинга).** Подростки думают быстрее детей. Скорость обработки информации возрастает резко между возрастом 5 лет и средним подростковым возрастом, а затем начинает нивелироваться примерно в 15 летнем возрасте, и практически не меняется между поздним подростковым и взрослым возрастом.
4. **Организация.** Подростки лучше осознают свой собственный мыслительный процесс, могут использовать мнемонические приемы и другие стратегии для более эффективного мышления.
5. **Метакогниции,** т.е. знания субъекта о своей когнитивной системе и умение управлять ею, способность человека правильно оценить и применить свои ресурсы. У детей лишь постепенно формируется способность к правильной оценке возможностей своей когнитивной системы, например, возможностей запоминания.

Примерно с возраста 15 лет базовые мыслительные способности сопоставимы с таковыми у взрослых.

Учитывая переходную роль подросткового периода, диагностика психических и поведенческих расстройств также имеет свои особенности. Так, по мнению Гурьевой В.А. (2001) при проведении военно-врачебной экспертизы распознавание психических заболеваний должно основываться на совокупности данных, с учетом значительного усложнения клинической картины под влиянием возрастного фактора. Необходима осторожность в установлении окончательного диагноза до завершения пубертатного криза. Для точной диагностики необходимо использование клинических критериев, построенных на четком дифференцировании симптоматики. Учитывая, что практически все подростковые психопатологические феномены имеют свои непатологические аналоги, важным звеном является отграничение психических расстройств от неболезненных кризовых или социальных проявлений, педагогической или социальной запущенности [1].

При военно-врачебной экспертизе призывником, когда предполагается диагноз психического или поведенческого расстройства, учитываются критерии:

- медицинский (например, отставание в психофизическом развитии, ЧМТ, менингит, энцефалит в анамнезе, снохождение, синкопальные состояния, судорожные пароксизмы, энурез, тики, частые и длительные заболевания);
- психологический (выраженные особенности характера, например, замкнутость, отчужденность, неуживчивость, агрессивность, драчливость, негативизм к родителям и педагогам, двигательная расторможенность, упрямство, необычные для своего возраста интересы и увлечения, повышенная или низкая самооценка, отставание в учебе или дублирование классов);
- социальные критерии (например, бродяжничество, побеги из дома и школы, отказ от учебы и трудоустройства, частая необоснованная смена мест работы, проблемное употребление алкоголя, суицидальные попытки, привлечение к административной и уголовной ответственности).

**Проблемные моменты военно-врачебной экспертизы.** По данным Центральной военно-врачебной комиссии вооруженных сил Республики Беларусь основными заболеваниями, послужившими причиной необоснованного призыва граждан на срочную военную службу по состоянию здоровья в 2010 году явились расстройство личности – 24 случая (80%), в 2009 году – 12 случаев (85,7%), в 2008 году – 4 случая (50%) от всех досрочно уволенных по причине развития психических и поведенческих расстройств.

**Расстройство личности** представляют собой тяжелые нарушения характерологической конституции и особенностей поведения индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности (когниции, эмоциональные реакции, межличностные отношения, контроль импульсивности), стабильные во времени, сопровождающееся социальной дезадаптацией. Личностное расстройство возникает обычно в подростковом возрасте и сохраняется в зрелом возрасте, поэтому данный диагноз, как правило, не выставляется до 16-17-летнего возраста. Диагностика расстройств личности является наиболее сложной среди всех психических расстройств. Процент совпадений диагнозов, выставляемых различными специалистами-психиатрами согласно критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), составляет не более 60%. Сложности диагностики в подростковом возрасте во многом связаны с незрелостью личности, несформированной полностью клинической картиной, недостатком надежных и валидных психодиагностических методов, а также зачастую отсутствием объективной, достоверной информации о призывнике (характеристики с места учебы, работы), медицинские документы из лечебных учреждений, сведе-

ния из МВД, данные Единого государственного банка данных о правонарушениях). Проблемы в диагностике также могут быть связаны с симуляцией, аггравацией (преувеличением имеющихся симптомов) с одной стороны и диссимуляцией (сокрытие имеющихся симптомов) с другой стороны. Последнее возникает при установке на службу в армии, опасении негативных социальных последствий наличия «психиатрической статьи» в военном билете и одновременном наличии симптомов психического/ поведенческого расстройства, которые призывник пытается скрыть.

Выделяют следующие специфические расстройства личности по МКБ-10: параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, демонстративное, ананкастное, тревожное, зависимое. В работе с призывниками чаще устанавливается диагноз смешанного расстройства личности.

Согласно критериям Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV) выделяют кластеры расстройств личности. К кластеру А (необычные или эксцентрические расстройства) относятся параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства личности. К кластеру В (театральные, эмоциональные или колеблющиеся расстройства) относят антисоциальное, пограничное, истерическое и нарциссическое расстройства личности. К кластеру С (тревожные и панические расстройства) относят избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройства личности.

Диагноз расстройства личности является клиническим, однако в качестве вспомогательных способов оценки используются психодиагностические методики. Чаще других применяются Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI) и его модификации (ММИЛ, СМЛ).

Хотелось бы особо подчеркнуть, что для диагностики расстройств личности имеют огромное значение описание особенностей поведения человека из максимального количества независимых источников. Врачу психиатру-наркологу, участвующему в медицинском освидетельствовании призывников в военном комиссариате следует обязательно изучить данные характеристик с мест учебы и работы призывника, находящегося в личном деле призывника. Однако, анализируя документацию, имеющуюся в личном деле призывника, можно сделать вывод, что во многих случаях характеристики с мест учебы и работы пишутся формально и могут не только не принести никакой пользы, но и в условиях ограниченного времени привести врача психиатра-нарколога к ошибочным выводам.

**Клинический пример:** Военнослужащий срочной службы был призван на срочную военную службу 19.07.2011 г. Освидетельствован ВВК психиатрического профиля 432 ГВКМЦ «10» октября 2011 г. При изучении документов из личного дела призывника стало известно, что в школе характеризовался положительно: «любит физический труд, понимает его социальную значимость, коммуникабельный, обладает лидерскими качествами, самостоятельный, ответственный, поведение удовлетворительное». Однако, непосредственно после призыва, появились выраженные поведенческие отклонения – заявлял врачу воинской части о наличии суицидальных мыслей, ничем не объясняя их наличие, говорил сослуживцам, что собирается выброститься с 3-го этажа казармы, после отбоя залезал спать под кровать. В связи с особенностями поведения был направлен на консультацию врачом психиатром-наркологом 432 ГВКМЦ. Во время осмотра был крайне раздражителен и озлоблен, заявлял, что дальше служить не может, так как его все раздражает, он не переносит общества людей. Говорил, что на него «что-то находит», угрожал самоубийством, затем внезапно выхватил из кармана лезвие и нанес на кожу левой ладони самопорез. Пояснил, что ему «нужна боль, чтобы прийти в себя». Рассказал, что с подросткового возраста, испытывал колебания настроения с чувством внутреннего опус-

тошения, сопровождавшимся идеями собственной ущербности, особенно после конфликтов и ссор с близкими людьми, после чего совершал суицидальные попытки. В связи с очевидным несоответствием данных характеристик со сведениями самого пациента о своем поведении до призыва на срочную военную службу и поведением в воинской части был сделан запрос в адрес военного комиссариата, откуда призывался данный военнослужащий о необходимости истребовать его реальные характеристики из школы и лицея, а также направить письмо матери с просьбой подтвердить или опровергнуть, указанные пациентом факты о наличии суицидальных попыток в подростковом возрасте и поведенческих расстройств. Из полученных ответов было установлено, что пациент с детства был эмоционально неустойчивым, несдержанным, крайне раздражительным, обидчивым, импульсивным, не терпящим критики и замечаний, раздражался по незначительным поводам, «если сделаешь ему замечание, повысишь голос или сразу задашь много вопросов, уходил надолго из дома, в лицее стал злоупотреблять алкоголем, пропускал занятия без уважительных причин, в адрес матери высылались телеграммы о том, что сын не посещает занятия в лицее». Неоднократно в состоянии раздражения угрожал самоубийством, а в 2006 и 2010 гг. дважды были попытки покончить с жизнью: после замечания матери и ссоры с девушкой, мать «снямала с петли». После незначительных конфликтов в семье совершал многократные побеги из дома, в нетрезвом состоянии угнал и разбил машину дяди, мог уехать ночью на мотоцикле в нижнем белье, причем водительского удостоверения никогда не имел. Часто говорил близким, что его никто не любит и ему надоело жить. Внутреннее напряжение и злость снимал битьем посуды, мебели или просто бил кулаками в стену или в стекла, в результате чего часто травмировал кожу кистей рук. По данным характеристики из лицея «пропускал занятий без уважительных причин, не дисциплинирован, не всегда способен к принятию самостоятельных решений, малообщителен со сверстниками, своенравный, вспыльчивый, часто допускал нарушение внутреннего распорядка, установленного учебным заведением, не всегда умеет правильно выразить свою мысль, не всегда требователен к себе, ошибки признает, но их не исправляет». На диспансерном учете у врача психиатра-нарколога не состоял, сведений об обращении за медицинской помощью, за консультацией к психиатру-наркологу нет. В Вооруженные Силы Республики Беларусь был призван без ограничений. Но, если бы у врача психиатра-нарколога во время проведения медицинского освидетельствования в военном комиссариате имелась достаточная и достоверная информация об особенностях поведения данного призывника, то диагноз расстройства личности не вызвал бы у него никаких сомнений.

Учитывая непостоянство психопатических проявлений у лиц юношеского и молодого возраста, когда возможна регрессивная динамика личностных расстройств, в практике военно-врачебной экспертизы ранее использовался такой диагноз, как «транзиторное расстройство личности» [3].

В настоящее время как промежуточный этап в постановке диагноза может использоваться диагноз «акцентуации личностных черт с нарушением эмоций и поведения», при установлении которого для наблюдения и всестороннего изучения призывника ему предоставляется отсрочка от призыва в течение года, а при необходимости до 2-х лет. По истечении этого срока при сохранении дезадаптирующих черт характера и поведенческих отклонений, нарушающих социальную адаптацию, следует думать о наличии у призывника расстройства личности.

Акцентуации личностных черт представляют собой находящиеся в пределах нормы особенности характера, при которых отдельные черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психо-

генных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим. Согласно МКБ-10 акцентуации классифицируются как одна из проблем, связанных с трудностями поддержания нормального образа жизни.

Спорные вопросы, в первую очередь при экспертизе призывников, возникают также при диагностике **легкой умственной отсталости**. Под умственной отсталостью понимают «состояние задержки или неполноты развития психики, которое характеризуется главным образом проявляющейся в период развития недостаточностью навыков, определяющих общий уровень интеллекта, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Степень умственной отсталости оценивается с помощью стандартизованных тестов интеллекта, которые дают результат в виде коэффициента интеллектуального развития IQ. Единого теста для определения коэффициента интеллекта нет. Впервые IQ интеллекта был использован в шкале Стенфорда-Бине в 1916 г., широкое распространение в мире получили тесты Айзенка, Векслера, Равенна, Амтхауэра, Кеттелла. В нашей стране наиболее популярен тест Векслера. Сложные вопросы возникают при пограничных показателях IQ (68-74), когда показатель 70 и больше означает норму, а 69-50 – легкую умственную отсталость. Здесь следует дополнительно учитывать уровень социальной адаптации, общее развитие. К сожалению, стандартизация теста Векслера в русскоязычной популяции проводилась достаточно давно, актуальность ряда вопросов устарела. По данным российских психиатров при использовании адаптированного для страны детского варианта методики Векслера пороговые значения повышаются на 10 единиц. Таким образом, IQ детей с легкой умственной отсталостью колеблется в пределах 60-70, умеренной умственной отсталостью 45 – 59 и тяжелой 30-44 [2]. Кроме того, тестирование должен проводить специалист, имеющий опыт работы с тестом Векслера.

Еще одним важным вопросом в экспертизе призывников является диагностика **расстройств шизофренического спектра**. И если клинически выраженные случаи не представляют затруднений в диагностике для специалистов, то выявление продромальных, доболезненных состояний, их факторов риска представляет определенные сложности и является не до конца изученной областью. Клинический подход к выделению группы риска развития психоза основывается на выявлении лиц с определенными симптомами, которые характерны для продромального этапа шизофрении. На начальных этапах шизофренического процесса выделяют преморбидную стадию, продромальную стадию и первый эпизод болезни [6]. *Преморбидная фаза* – это период нормального развития для большинства лиц, у которых в конечном итоге разовьется шизофрения. Преморбидная фаза, как правило, асимптоматична, но у некоторых пациентов могут наблюдаться небольшие, стойкие «нейроонтогенетические» нарушения в моторном, социальном и/или интеллектуальном функционировании, что обычно обозначает уязвимость к развитию психоза только ретроспективно. В *продромальной фазе* (фазе риска развития психоза) наблюдается отчетливое снижение социального, профессионального функционирования. Появляются симптомы риска психоза и нарастают по количеству, тяжести и частоте. Эта фаза в среднем длится от двух до пяти лет и, как правило, затрагивает поздний подростковый возраст. Обычно вначале появляются неспецифические и негативные симптомы, а затем слабовыраженные позитивные симптомы. Среди неспецифических симптомов можно отметить беспокойство, снижение настроения, тревогу, трудности общения, потерю уверенности в себе, снижение энергетического потенциала, медлительность, снижение эффективности профессиональной/учебной деятельности, социальное избегание, подозрительность, трудности концентрации внимания, нарушения процесса мышления, нарушения сна и аппетита. В год, предшествующий началу психоза,

особенно в последние 4-6 месяцев, симптомы усиливаются по количеству и интенсивности. Характерны шизофреноподобные феномены (например, идеи отношения, параноидные идеи, необычные вычурные переживания, необъяснимые видения и звуки), хотя сохраняется критичность к ним. Третья фаза (*первого психоза*) начинается, когда симптомы «риска» становятся отчетливо психотическими, что означает, что пациент воспринимает галлюцинации и бред как реальность, утрачивается критика и снижается способность к организованному, интегрированному поведению.

Alison Yung с коллегами в Мельбурне сформулировали критерии риска психоза, которые предсказывают развитие психоза в *ближайшем* будущем, т.е. на протяжении одного-двух лет [8]. Эти синдромы были названы критериями крайне высокого развития психоза и основаны в первую очередь на позитивных симптомах:

**Группа 1. Ослабленные психотические симптомы.** К этой группе относятся симптомы, отличающиеся от нормальных психических феноменов, но не являющиеся еще психотическими. Например, сверхценные идеи о том, что над субъектом смеются, или к нему враждебно относятся, при этом субъект осознает, что это не всегда правда. Сюда же можно отнести идеи отношения, необычные убеждения или магическое мышление, нарушения восприятия, странное поведение, речь и внешний вид. При этом симптомы не достигают уровня отчетливого психоза, проявляются с частотой несколько раз в неделю, длятся от одной недели до 5 лет.

**Группа 2. Короткие самопроходящие повторяющиеся психотические симптомы.** В эту группу входят транзиторные психотические симптомы (идеи отношения, обманы восприятия, параноидные идеи, нарушения мышления и речи), длящиеся до 7 суток и проходящие спонтанно.

**Группа 3. Генетический риск и особенности функционирования.** В эту группу относится генетический риск развития психоза (наличие родственников первой линии родства с расстройствами шизофренического спектра и/или наличие шизотипического расстройства у пробанда) в сочетании с недавно возникшими нарушениями социального или профессионального функционирования.

При наличии хотя бы одной группы симптомов из вышеуказанных пациенты в возрасте 14 – 30 лет выделяются в группу крайне высокого риска развития психоза. То есть, у этих лиц вероятно разовьется психоз в ближайшем будущем (считается, что этот временной промежуток составляет около 2 лет). По результатам 12 месячного наблюдения клинически выраженное психотическое расстройство развилось у 34,6% пациентов, через два года эта цифра достигла 40,8% [7,8].

Вспомогательными методиками при выявлении состояний высокого риска развития психоза могут служить методики оценки мышления (опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограммы, классификация понятий, классификация предметов, исключение предметов, сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц и метафор и др.)

Полное, своевременное выявление и диспансеризация лиц призывного возраста должно решаться комплексно различными ведомствами (военными комиссариатами, органами образования, внутренних дел, медицинских учреждений, местной администрацией) с учетом преемственности. Ключевыми моментами является предоставление объективных характеристик с места учебы, работы, комплектование личного дела призывника анкетами беседы с родителями, сведениями о правонарушениях и др. Также важно использовать надежные и валидные способы диагностики, стандартизированные психодиагностические методики. Всесторонняя оценка психического здоровья призывников, объективное вынесение в отношении них кли-

## ☆ Вопросы военно-врачебной экспертизы

нико-экспертного заключения, своевременное выявление лиц с психическими заболеваниями, проведение среди них психопрофилактических, психогигиенических мероприятий должны исключить направление в войска призывников с психическими расстройствами.

### Литература

1. Гурьева, В. А., Дмитриева Т. Б., Гиндикин В. Я., Макушкин Е. В., Морозова Н. В. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. проф. В.А.Гурьевой – М.: Генезис, 2001. – 480 с.

2. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б.Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г.Незнанова, В. Я. Семко, А. С. Тиганова. – М.:ГЭОТАР-медиа, 2009. – 1000с.

3. Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы (методическое пособие утверждено первым заместителем министра здравоохранения РФ и начальником Главного военно-

медицинского управления Министерства обороны РФ). Издание 3-е исправленное и дополненное. Москва, 2003

4. Севковская, З. А. Молодежь Беларуси на пороге третьего тысячелетия. Мн. Принткорп, 2002, 128 с.

5. Bakan, D. Adolescence in America: From idea to social fact. In J. Kagan and R. Coles Twelve to sixteen: Early adolescence. – 1972. – New York: Norton.

6. McGlashan, T., Walsh B., Woods S. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up. – 2010. – Oxford university press. – 256 p

7. Olsen, K. A., Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. // Acta psychiatr Scand. – 2006. – V.113. – P. 273 – 282

8. Yung, A. R., Phillips L.J., Yuen H.P. et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ('prodromal') group. Schizophrenia Research. – 2003. – V. 60. – pp.21 – 32

Поступила 09.03.2012 г.